

**PLANO REGIONAL**

**DE**

**ATENÇÃO ONCOLÓGICA**

**RRAS 7**

## **ELABORADO PELO GRUPO CONDUTOR DE ONCOLOGIA DA RRAS 7**

### **DRS IV – Baixada Santista**

Paula Covas Borges Calipo – Diretor Técnico de Saúde III

#### **Grupo Condutor**

Adriana Guida – Núcleo de Regulação

Andrea Mello Dresch Oliveira Gomes – Articuladora da Saúde Bucal

Egle Fernanda Coquim– Centro de Planejamento e Avaliação

Elaine Cristina Silva dos Santos– Núcleo de Avaliação e Monitoramento de Resultados

Karla Roberta Mesquita – Núcleo de Assistência Farmacêutica

Liliam Carla Moreira Couto – Centro de Planejamento e Avaliação

Luiz Antonio Quitério – Grupo de Vigilância Sanitária – GVS XXV

Natália Almeida Akamine– Centro de Credenciamento, Processamento e Monitorização de Informações

Roseli Rodrigues – Articuladora Regional da Atenção Básica

Rosemeiry Lima Nemetz- Núcleo de Avaliação e Monitoramento de Resultados

Sumie Nakata – Núcleo de Organização de Redes de Saúde

Vilma Cervantes - Centro de Planejamento e Avaliação

#### **Municípios:**

Alessandra Taveira - Guarujá

Ariana Julião Ramos Gameiro – Santos

Deusdedith Carlos dos Santos – São Vicente

Ernesto Dallaverde Júnior – Praia Grande

Gilmara Novais – Mongaguá

Margareth Maria Lopes da Silva de Deus – Bertioga

Maria José da Silva – Itanhaém

Maria Thereza Bastos de Almeida – Peruíbe

Patrícia Moreira Couto Lugli – Cubatão

#### **Prestadores convidados:**

AME Praia Grande

AME Santos

AME São Vicente

Hospital Beneficência Portuguesa de Santos

Hospital Guilherme Álvaro

Hospital Santa Casa de Santos

Hospital Santo Amaro

## **DRS XII – Registro**

Dr. Nilson Rezende Lara – Diretor Técnico de Saúde III

### **Grupo Condutor**

Departamento Regional de Saúde de Registro – DRS XII

Titular: Paulo Cesar Magaldi Medeiros

Suplente: Jean Carlo Souza Santos

Município de Barra do Turvo - Interlocutores

Titular: Rosalva Pereira Agostini

Suplente: Gisele Souza da Silva

Município de Jiquiá - Interlocutores

Titular: André Luiz Simões Rato

Suplente: Claudinelly Maria das Neves Morais Zaghi

Município de Miracatu - Interlocutores

Titular: Raquel de Souza Barbosa

Suplente: Alessandra Viviane Kovalez Costa

Município de Pedro de Toledo -Interlocutores

Titular: Marluci de Moura

Suplente: Eduarda Nóbrega Figueira

Município de Registro - Interlocutores

Titular: João Batista Machado

Suplente: Priscila Kelly Mandú Morais

Equipe técnica do Centro de Planejamento e Avaliação – DRS XII:

Rosani Bonadia Guterres

Michelly Costa Amaral

Maria Aparecida da Silva

### **Municípios:**

Cananéia: Sueli Harue Tesuka

Eldorado: Sandra Domingues e Raphael da Silva

Iguape: Lidiane Aparecida Vieira Pedro

Ilha Comprida: Maristela Marques Cordona

Itariri: Ariane Lourdes M. Oliveira e Daniela da C. Pontes

Pariquera-Açu: Murilo Nasciutti

Sete Barras: Adriana Souza Cordeiro

### **Prestadores convidados:**

AME Pariquera-Açu

Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua (HRLB)

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Serviços oncológicos da RRAS 7, segundo localização e esfera de gestão .....	15
<b>Quadro 2.</b> Referências Oncológicas na RRAS 7 .....	16
<b>Quadro 3.</b> Dez principais causas de óbito por neoplasias malignas, segundo topografia e sexo. RRAS 7, 2020 .....	18
<b>Quadro 4.</b> Dez principais causas de óbito por neoplasia maligna, segundo topografia e sexo, na RMBS .....	19
<b>Quadro 5.</b> Dez principais causas de óbito por neoplasia maligna, segundo topografia e sexo, no Vale do Ribeira .....	19
<b>Quadro 6.</b> Municípios do DRS IV com programa de controle do tabagismo .....	26
<b>Quadro 7.</b> Distribuição dos CAPS/CAPS AD no DRS IV, 2020 .....	27
<b>Quadro 8.</b> Plano de Metas e Ações na Atenção Básica. DRS IV – Baixada Santista, 2021-2023 .....	28
<b>Quadro 9.</b> Plano de Metas e Ações na Atenção Básica. DRS XII - Registro, 2021-2023 .....	32
<b>Quadro 10.</b> Parâmetros de Exames da Portaria 1399/2019, comparados à produção e a necessidade estimada. RRAS 7, 2019 .....	36
<b>Quadro 11.</b> Exames de alta suspeição em oncologia, segundo oferta mensal e anual, nos serviços sob gestão estadual. DRS IV-Baixada Santista, 2021.....	38
<b>Quadro 12.</b> Exames de alta suspeição em oncologia, segundo oferta mensal e anual, nos serviços sob gestão municipal. DRS IV- Baixada Santista, 2021 .....	39
<b>Quadro 13.</b> Exames de alta suspeição em oncologia, oferta por unidade. DRS XII – Registro, 2021 .....	40
<b>Quadro 14.</b> Plano de Metas e Ações na Atenção Especializada. DRS IV – Baixada Santista, 2021-2023 .....	41
<b>Quadro 15.</b> Plano de Metas e Ações na Atenção Especializada. DRS XII – Registro, 2021-2023 .....	43
<b>Quadro 16.</b> Estimativa de necessidade segundo tipo de tratamento, por topografia. RRAS 7, 2020 .....	46
<b>Quadro 17.</b> Execução físico/financeira e teto financeiro, por serviço oncológico. RRAS 7, 2020 .....	47
<b>Quadro 18.</b> Plano de Metas e Ações na Atenção Hospitalar. DRS IV – Baixada Santista, 2021-2023 .....	50
<b>Quadro 19.</b> Plano de Metas e Ações na Atenção Hospitalar. DRS XII Registro, 2021-2023.....	53
<b>Quadro 20.</b> Indicadores pactuados para monitoramento e avaliação. DRS IV, 2021-2023. ....	60

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1.</b> População e taxa de crescimento. DRS IV - Baixada Santista .....	12
<b>Tabela 2.</b> População e taxa de crescimento. DRS XII - Registro .....	13
<b>Tabela 3.</b> Rede de Atenção à Saúde da RMBS - SUS .....	14
<b>Tabela 4.</b> Rede de Atenção à Saúde do Vale do Ribeira - SUS .....	14
<b>Tabela 5.</b> Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo Capítulo do CID-10 e por sexo. RRAS 7, 2019 .....	17
<b>Tabela 6.</b> Estimativa de casos novos de neoplasia maligna segundo localização primária do tumor e sexo por DRS e na RRAS 7, 2020 .....	20
<b>Tabela 7.</b> Cobertura ESF, AB, Saúde Bucal (SB) por Região de Saúde e no ESP. Julho/2019...21	
<b>Tabela 8.</b> Razão de exames citopatológicos de rastreamento do câncer de colo uterino, segundo DRS e RRAS de residência. 2019 .....	23
<b>Tabela 9.</b> Total de Mamógrafos existentes, em uso e disponível para o SUS. RRAS 7 .....	24
<b>Tabela 10.</b> Razão de mamografias de rastreamento. RRAS 7, 2019 .....	25
<b>Tabela 11.</b> Tempo entre o diagnóstico e o tratamento de neoplasias malignas. RRAS 7, 2019 - 2020 .....	57

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Divisão da RRAS 7 com identificação dos Municípios. ....	10
<b>Figura 2.</b> Divisão do DRS 4 com identificação dos Municípios .....	11
<b>Figura 3.</b> Divisão do DRS 12 com identificação dos Municípios .....	12
<b>Figura 4.</b> Mapa demonstrativo de trajeto entre Santos e Barra do Turvo .....	13
<b>Figura 5.</b> Fluxograma de acesso à primeira consulta na oncologia DRS IV – Baixada Santista .	58
<b>Figura 6.</b> Fluxograma de acesso à primeira consulta na oncologia DRS XII – Registro.....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AME – Ambulatório Médico de Especialidades  
ANS – Agência Nacional de Saúde  
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais  
BPA - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado  
CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia  
CAF – Coordenadoria de Assistência Farmacêutica  
CAPS – AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool Drogas  
CDR – Cadastro de Demanda por Recurso  
CEO – Centro de Especialidade Odontológica  
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CIR – Comissão Intergestores Regional  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
COVID - Coronavírus  
CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas  
CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde  
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde  
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis  
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
DRS – Departamento Regional de Saúde  
EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar  
EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio  
EP – Educação Permanente  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
ESP – Estado de São Paulo  
FOSP – Fundação Oncocentro de São Paulo  
HIV - Vírus Da Imunodeficiência Humana  
HPV - Vírus Papiloma Humano  
HSJ – Hospital São João  
HRLB - Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua  
INCA – Instituto Nacional de Câncer  
MS –Ministério da Saúde



NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde  
NIC - Neoplasia Intra-epitelial Cervical  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas  
PNI – Programa Nacional de Imunização  
PTGI – Patologias do Trato Genital Inferior  
QT – Quimioterapia  
RHCCC – Rede Hebe Carmargo de Combate ao Câncer  
RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde  
RMBS – Região Metropolitana da Baixada Santista  
RT - Radioterapia  
SB – Saúde Bucal  
SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados  
SES – Secretária Estadual de Saúde  
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SISCAN – Sistema de Informação de Câncer  
SISCOLO – Sistema de Informação do Controle de Câncer de Colo de Útero  
SISMAMA – Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama  
SP – São Paulo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TFD – Tratamento Fora de Domicílio  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UNACON - Unidades de Alta Complexidade em Oncologia  
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 Organização da RRAS7.....	14
1.1.1 Organização da Rede de Oncologia – RRAS 7.....	15
<b>2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA .....</b>	<b>17</b>
<b>3. ANÁLISE DE RESPOSTA .....</b>	<b>21</b>
3.1 Atenção Básica.....	21
3.1.1 Saúde Bucal .....	21
3.1.2 Vacina HPV .....	22
3.1.3 Rastreamento de câncer de colo de útero.....	22
3.1.4 Rastreamento do câncer de mama .....	23
3.1.5 Tabagismo .....	25
3.1.6 Alcoolismo .....	26
3.1.7 Plano de Metas e Ações da RRAS 7 voltadas à Atenção Básica .....	27
3.2 Atenção Especializada.....	36
3.2.1 Diagnóstico .....	36
3.2.2 Plano de Ações e Metas da RRAS 7 voltadas à Atenção Especializada.....	40
3.3 Atenção Hospitalar.....	45
3.3.1 Estimativas e necessidades de tratamento no âmbito hospitalar .....	45
3.3.2 Execução físico-financeira e teto financeiro na rede de oncologia RRAS 7 .....	46
3.3.3 Cuidados Paliativos .....	48
3.3.4 Assistência Farmacêutica .....	48
3.3.5 Plano de Metas e Ações da RRAS 7 voltadas a Atenção Hospitalar .....	49
<b>4. REGULAÇÃO .....</b>	<b>56</b>
4.1 Tempo entre o diagnóstico e o tratamento.....	56
<b>5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>60</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>

## APRESENTAÇÃO

Para elaboração do Plano Regional de Oncologia da RRAS 7, diante do cronograma e premissas apontadas pelo nível central da SES, conforme orientação da Deliberação CIB nº 30, de 19/03/2021, realizou-se uma reunião no início de junho de 2021, entre as equipes do DRS IV – Baixada Santista e DRS XII – Registro; e optou-se em realizar um processo de Planejamento Estratégico, contando com a participação de representantes dos municípios, dos prestadores sob gestão municipal e estadual, representantes das áreas técnicas dos DRS e Vigilâncias em Saúde.

Em virtude do tempo estipulado inicialmente para a entrega do Plano, isto é, para o final de julho/2021, foram planejadas duas oficinas presenciais, com a divisão dos participantes nos grupos de Atenção Primária, Secundária e Terciária, observando as etapas do cuidado contínuo, com importante ênfase na prevenção e promoção da saúde.

A primeira oficina consistiu em realizar a análise de situação, a partir de uma apresentação estruturada, ressaltando os dados epidemiológicos sobre o agravo na região e os aspectos da organização dos serviços, para levantamento e discussão dos problemas, as suas respectivas causas, e identificação dos nós críticos na assistência oncológica.

A segunda Oficina teve como objetivo, o estabelecimento de metas e ações do Plano Regional de Atenção em Oncologia por DRS.

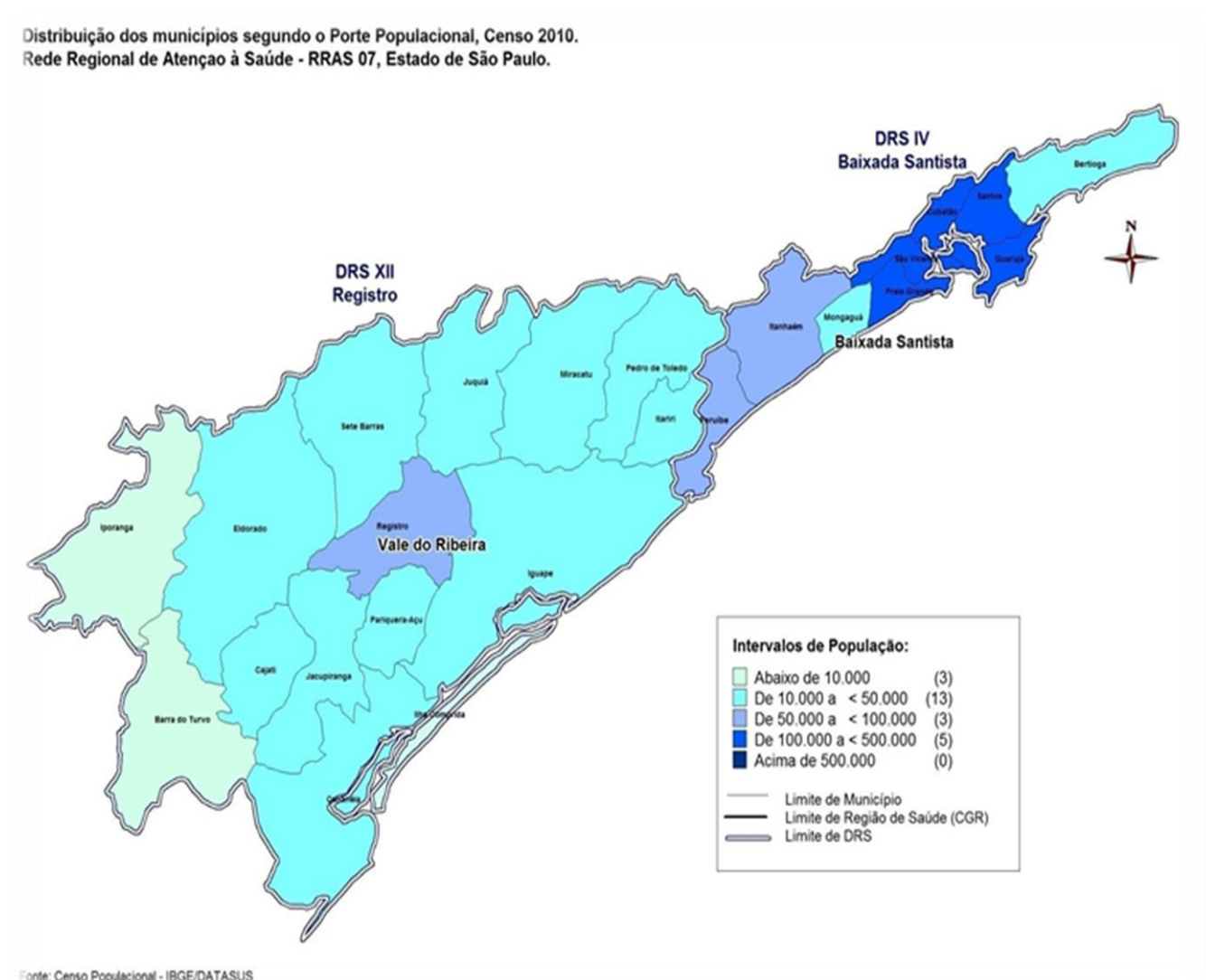
Definiu-se que o Plano de Metas e Ações construído pelos participantes nas duas oficinas, seria incluído integralmente ao documento final da revisão do Plano Regional de Oncologia da RRAS 7, por DRS, uma vez que houve efetiva participação dos presentes nas discussões das oficinas.

Após a realização das oficinas, foi realizada uma reunião entre as equipes dos dois DRS da RRAS 7, para alinhamento da linguagem do plano, encaminhamento para apreciação do Plano Regional de Atenção em Oncologia ao Grupo Condutor, e pautar na Câmara Técnica e posteriormente aprovação na Comissão Intergestores Regional (CIR).

## 1. INTRODUÇÃO

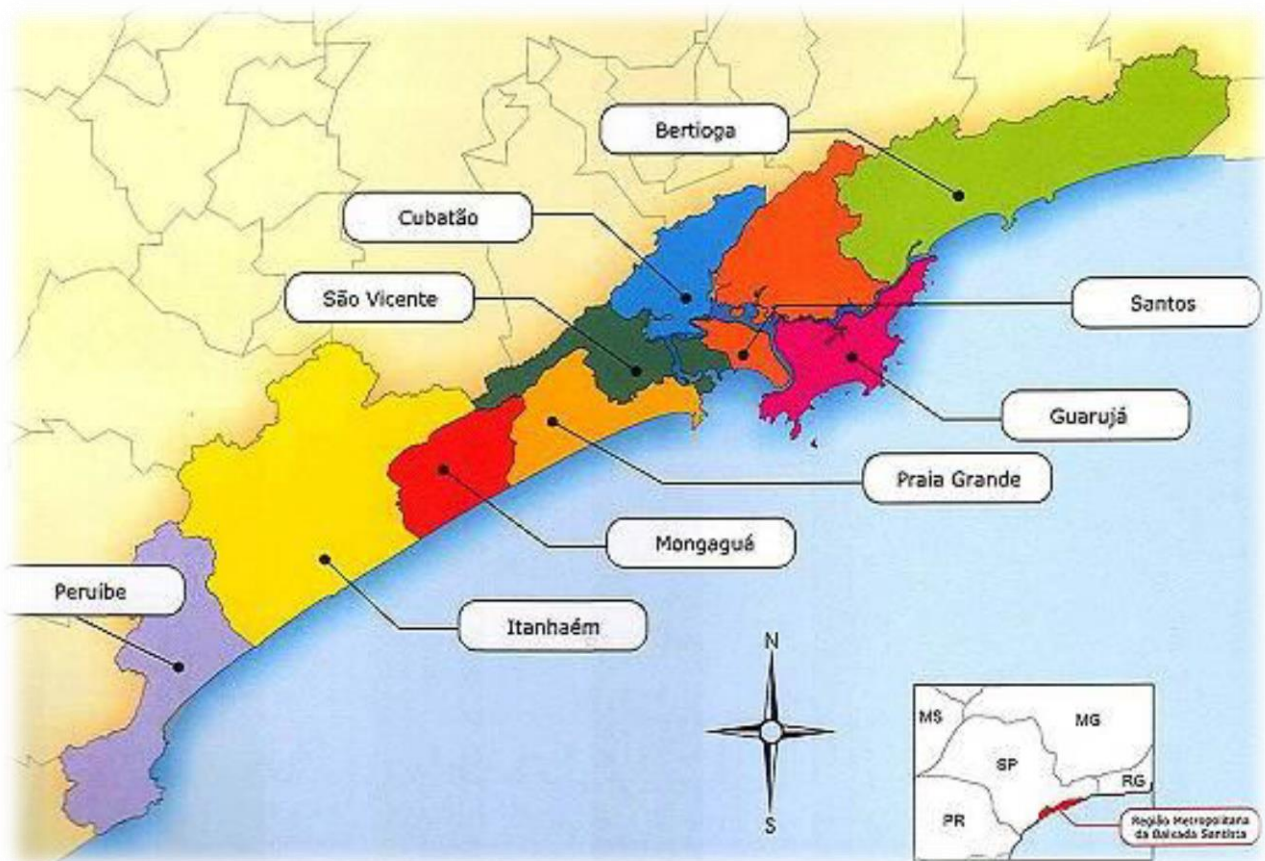
A RRAS 7 possui 2.110.638 de habitantes, segundo dados de estimativa da Fundação SEADE referentes ao ano 2020. Compõem a RRAS 7, o DRS 4-Baixada Santista e o DRS 12-Registro (Figura1). Trata-se de duas regiões com características distintas, mas ambas com vocação turística no Estado de São Paulo (ESP), por desempenhar um importante papel no turismo de praias e ecoturismo, e, por conseguinte a população flutuante nos períodos de férias e feriados prolongados chega a triplicar o número de pessoas. Possui, também, grande potencial de desenvolvimento devido abrigar o maior porto da América Latina e o parque industrial de Cubatão.

**Figura 1.** Divisão da RRAS 7 com identificação dos Municípios.



A área de abrangência do DRS IV-Baixada Santista, (Figura 2) é composta por 9 municípios, com uma população total de 1.831.884 habitantes, com percentual de 37,62 dos habitantes que conta com cobertura do sistema suplementar de saúde. (ANS, 2021).

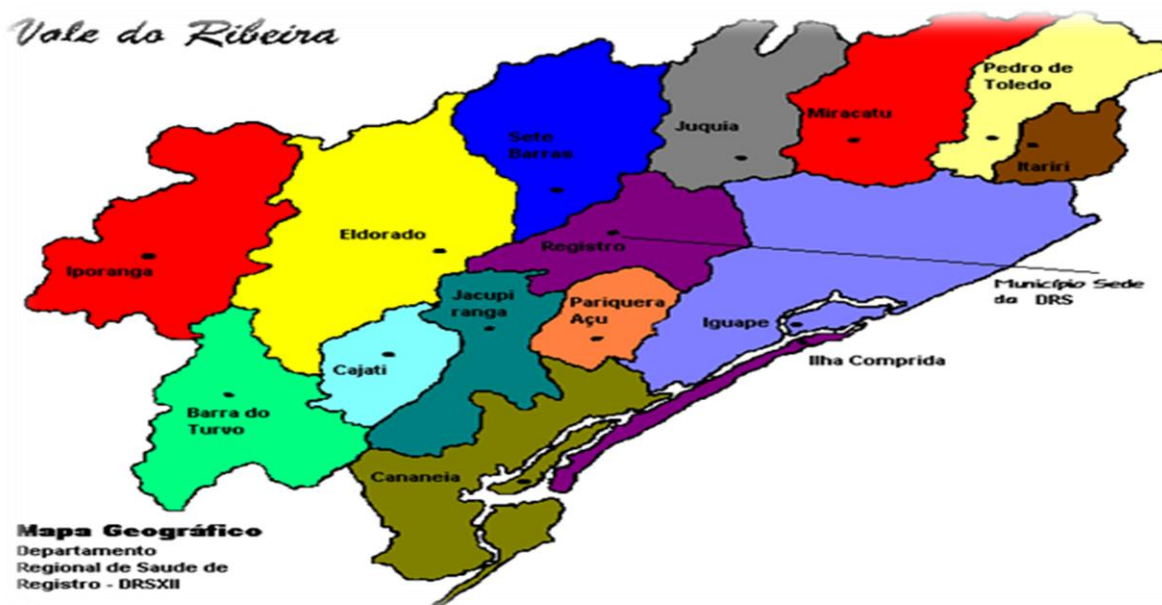
**Figura 2.** Divisão do DRS 4 com identificação dos Municípios.



Já a área de abrangência do DRS XII - Registro é composta por 15 municípios de grandes dimensões territoriais (Figura 3), com uma população total de 279.699 habitantes, e o percentual da população que conta com cobertura do sistema suplementar de saúde é de 9,08% (ANS, 2021). É uma das regiões com menor IDH do Estado de São Paulo, com baixa densidade demográfica e grande extensão de área rural e de preservação ambiental, representando um desafio quando se trata de planejar e ofertar uma assistência à saúde equânime e integral.

Embora o DRS XII seja formado por 15 municípios de grande extensão territorial, o DRS IV com seus 09 municípios, tem uma população 06 vezes maior, sendo que alguns de seus municípios superam a população total do Vale do Ribeira.

**Figura 3.** Divisão do DRS 12 com identificação dos Municípios



Na Baixada Santista todos os municípios apresentaram crescimento populacional positivo, e a região registrou taxa de expansão de 1,74% no número de habitantes em 2021 (Tabela 1). Já o DRS XII-Registro (Tabela 2) apresentou uma taxa de expansão de 0,25% e alguns municípios com taxa de crescimento negativa. Esse é outro aspecto que mostra as diferenças existentes entre as suas Regiões que compõem a RRAS 7.

**Tabela 1.** População e taxa de crescimento. DRS IV - Baixada Santista

<b>Municípios</b>	<b>2021</b>	<b>Taxa de Crescimento Anual da população 2021</b>
Bertioga	64.526	2,83
Cubatão	130.025	0,84
Guarujá	318.774	0,85
Itanhaém	99.751	1,26
Mongaguá	55.216	1,64
Peruíbe	66.747	1,02
Praia Grande	321.008	1,89
Santos	429.513	0,22
São Vicente	360.262	0,74
<b>DRS IV-Baixada Santista</b>	<b>1.845.822</b>	<b>1,74</b>

Fonte: Fundação SEADE - acessado 18/11/2021

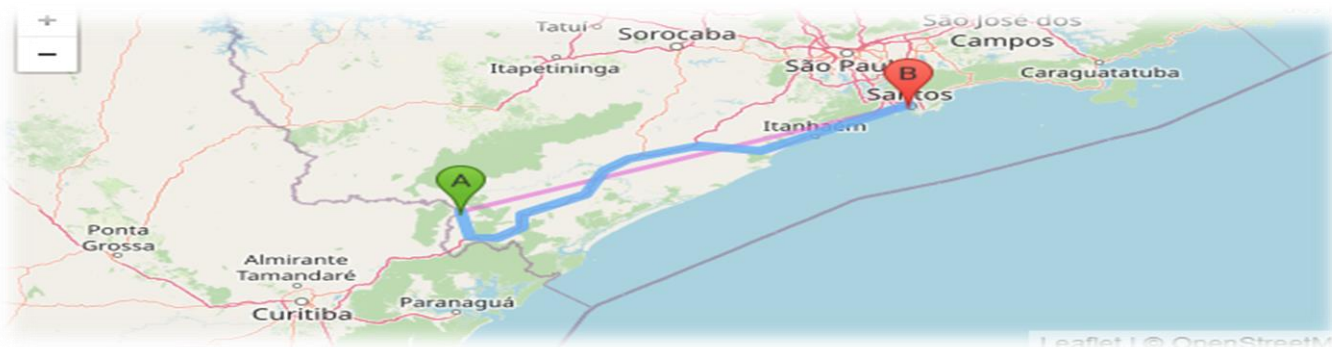
**Tabela 2.** População e taxa de crescimento. DRS XII – Registro.

Municípios	2021	Taxa de Crescimento Anual da população 2021
Barra do Turvo	7.709	-0,03
Cajati	29.116	0,23
Cananéia	12.379	0,11
Eldorado	15.331	0,42
Iguape	29.555	0,23
Ilha Comprida	10.410	1,33
Iporanga	4.424	0,26
Itariri	17.442	1,11
Jacupiranga	17.237	0,02
Juquiá	18.856	-0,19
Miracatu	19.961	-0,29
Pariquera-Açu	19.311	0,42
Pedro de Toledo	11.055	0,74
Registro	54.270	0
Sete Barras	12.643	-0,26
<b>Vale do Ribeira - DRS XII</b>	<b>279.699</b>	<b>0,27</b>

Fonte: Fundação SEADE – acessado 18/11/2021

A distância entre as cidades sedes dos Departamentos Regionais de Saúde IV e XII, Santos e Registro respectivamente, em linha reta é de 163,22 Km; em distância de condução é de 183 km, e o tempo de condução estimado é de 2h33 min. Se considerarmos a distância entre a cidade de Santos, e Barra do Turvo (Figura 4) localizada na divisa entre os estados de São Paulo e Paraná, à distância em linha reta é de 236,42 Km. A distância de condução é de 315 km, e o tempo de condução estimado sobe para 4h33 min.

**Figura 4.** Mapa demonstrativo de trajeto entre Santos e Barra do Turvo



Fonte: Distância Cidades.Net

A distância em quilômetros e o tempo de condução entre as duas regiões, é um fator que repercute desfavoravelmente na pactuação dos recursos assistenciais entre o DRS IV-Baixada Santista e DRS XII-Registro, com prejuízo aos pacientes, devido aos deslocamentos demorados, visto que a logística do TFD (Tratamento Fora do Domicílio) é otimizar o recurso, via de regra, transporta vários pacientes com finalidades de tratamentos diferentes que precisam aguardar o último atendimento para retornar à residência.

### 1.1 Organização da RRAS 7

A composição da rede de atenção à saúde existente na RRAS 7 (Tabela 3 e 4) demonstra a concentração de serviços na Baixada Santista, sobretudo de serviços de atenção especializada e atenção hospitalar. Essa característica também se verifica na área de oncologia.

**Tabela 3.** Rede de Atenção a Saúde da RMBS – SUS

Municípios	Atenção Primária	Atenção Especializada	Urgência	Atenção Hospitalar
Bertioga	5	4	0	1
Cubatão	19	9	3	1
Guarujá	32	4	5	4
Itanhaém	12	8	1	1
Mongaguá	11	3	2	1
Peruíbe	17	2	1	1
Praia Grande	37	13	3	2
Santos	35	23	5	9
São Vicente	37	19	2	3
<b>Total Baixada Santista</b>	<b>204</b>	<b>85</b>	<b>22</b>	<b>23</b>

**Fonte:** -CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde acessado 06/10/2021

**Nota:** Atenção Hospitalar

1: estão incluídos os estabelecimentos COVID criados em 2020 e que permaneceram em 2021 e os criados em 2021.

2: os serviços de urgência inseridos na unidade hospitalar são computados como partes desta estrutura hospitalar

**Tabela 4.** Rede de Atenção à Saúde do Vale do Ribeira – SUS

Municípios	Atenção Primária	Atenção Especializada	Urgência	Atenção Hospitalar
Barra Do Turvo	5	0	1	0
Cajati	10	1	1	0
Cananéia	6	0	0	0
Eldorado	6	1	1	0
Iguape	8	1	1	0
Ilha Comprida	8	0	1	0
Iporanga	3	0	0	0
Itariri	6	0	1	0
Jacupiranga	6	0	1	0
Juquiá	7	0	1	0
Miracatu	10	1	1	0
Pariquera-Açu	4	3	1	1
Pedro De Toledo	6	0	1	0
Registro	18	4	1	2
Sete Barras	5	0	1	0
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>3</b>

**Fonte:** CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde acessado 06/10/2021

### 1.1.1 Organização da Rede de Oncologia – RRAS 7

A Rede de Assistência Oncológica da RRAS 7 conta com 05 serviços habilitados em Alta Complexidade, sendo 02 sob gestão estadual e 03 sob gestão municipal. Destes, 01 é Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), e 4 são Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Na Baixada Santista estão localizados 04 serviços e no Vale do Ribeira 01 UNACON (Quadro 1). Não há hospitais gerais habilitados em cirurgia oncológica em ambas os Departamentos Regionais de Saúde da RRAS 7.

#### **Quadro 1.** Serviços oncológicos da RRAS 7, segundo localização e esfera de gestão.

DRS	Município	CNES	Estabelecimento	Gestão
DRS IV - Baixada Santista	Santos	2025752	CACON Santa Casa de Santos com Radioterapia e Pediatria	Municipal
DRS IV - Baixada Santista	Santos	2080354	UNACON Hospital Santo Antônio-Santos com Radioterapia	Municipal
DRS IV - Baixada Santista	Guarujá	2754843	UNACON Hospital Santo Amaro sem Radioterapia	Municipal
DRS IV - Baixada Santista	Santos	2079720	UNACON Hospital Guilherme Álvaro com Radioterapia	Estadual
DRS XII - Registro	Pariquera-Açu	2077434	UNACON Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua sem Radioterapia	Estadual

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), novembro de 2021.

O UNACON do DRS XII-Registro atende as especialidades oncológicas do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia, urologia, ossos e partes moles, neurocirurgia e pele. As especialidades de tórax, oncopediatria, hematologia e radioterapia são referenciadas para as unidades oncológicas do DRS IV-Baixada Santista; e para a RRAS 1, a iodoterapia, ortopedia e plástica. No momento não conta com referência pactuada para cabeça/pescoço e reconstrução mamária.

O UNACON-Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua foi contemplado com um acelerador linear no Plano de Expansão de Radioterapia do Ministério da Saúde e aguarda a liberação de recursos para a construção da casamata para instalar o equipamento.

A Baixada Santista, embora conte com 04 serviços oncológicos, sendo 03 UNACON e 01 CACON, ainda é dependente de referências na RRAS 1 nas especialidades oncológicas de reconstrução/cabeça e pescoço, ossos/tecidos moles, plástica, oftalmologia e iodoterapia. A Santa Casa de Santos solicitou desabilitação na oncopediatria, mas continua atendendo até o momento; oficiou que não mais dispõe da especialidade de oftalmologia na Instituição. Essa situação foi informada para o nível central e não temos referência pactuada.

O DRS IV apesar de possuir a especialidade cabeça/pescoço na região, a oferta é insuficiente, nesse momento, e não tem possibilidade de absorver a demanda do DRS XII. Conta com 03 serviços oncológicos com radioterapia, e atende também ao Vale do Ribeira. Atualmente o Hospital Guilherme Álvaro é referência de radioterapia para o UNACON-Hospital Santo Amaro.



O conjunto de características territorial, populacional e de infraestrutura na saúde que distinguem a Região Metropolitana da Baixada Santista e o Vale do Ribeira, apontam para a necessidade de investimentos, para viabilizar o acesso à assistência à saúde mais próximo da residência do munícipe.

O Quadro 2 a seguir apresenta as referências oncológicas atualizadas da RRAS 7.

**Quadro 2.** Referências Oncológicas na RRAS 7

RRAS 7 - REFERÊNCIAS DE ESPECIALIDADES ONCOLÓGICAS						
Especialidades Oncológicas		Hospital Guilherme Álvaro	Beneficência Portuguesa	Hospital Santo Amaro	Santa Casa de Santos	Hosp. Reg. Vale do Ribeira - HRVR
GINECOLOGIA	ÚTERO			Bertioga/ Cubatão/Guarujá	Itanhaém/Mongaguá/ Peruíbe/ P. Grande/Santos/ S.Vicente	DRS XII
	OVÁRIO			Bertioga/ Cubatão/Guarujá	Itanhaém/Mongaguá/ Peruíbe/ P. Grande/Santos/ S.Vicente	DRS XII
	MAMA	Mongaguá/ P. Grande/S.Vicente	Santos/Itanhaém/ Peruíbe	Bertioga/ Cubatão/Guarujá		DRS XII
UROLOGIA	PRÓSTATA	Itanhaém/Mongaguá/ Peruíbe/P.Grande	S. Vicente/Santos	Bertioga/ Cubatão/Guarujá		DRS XII
	BEXIGA; RIM; PÊNIS; TESTÍCULO	Cubatão/Guarujá/ Mongaguá/Itanhaém/ Peruíbe			Bertioga/P.Grande/ Santos/S.Vicente	DRS XII
CIR. APARELHO DIGESTIVO	ESÔFAGO; ESTÔMAGO; PÂNCREAS; FÍGADO; INTESTINO; ÂNUS	Cubatão/Mongaguá/ Itanhaém/Peruíbe/ Guarujá	Santos		Bertioga/P.Grande/ S.Vicente	DRS XII
	COLORRETAL	Itanhaém/Mongaguá/ Peruíbe	S. Vicente	Bertioga/ Cubatão/Guarujá	P. Grande/Santos	DRS XII
CIR. CAB. E PESCOÇO	Cav. Oral; Hipofaringe; Laringe; Orofaringe; Cav. Nasal; Nasofaringe; Tireóide		RMBS		RMBS	SEM REFERÊNCIA PACTUADA
	Reconstrução	REFERÊNCIA PARA RRAS 1				
CIR. TORÁCICA	Pulmão e Brônquio	Guarujá/S.Vicente/ Bertioga/DRS XII	Cubatão/ Mongaguá/ Itanhaém/ Peruíbe		Praia Grande/Santos	
ORTOPEDIA	Ossos e Tecidos e Partes Moles	REFERÊNCIA PARA RRAS 1				DRS XII
NEURO	S. Nervoso Central e Medula Espinhal		Itanhaém/ Mongaguá/ Peruíbe/ S.Vicente		Bertioga/Guarujá/ P.Grande/Santos/ Cubatão	DRS XII
OFTALMO		SEM REFERÊNCIA PACTUADA				
PLÁSTICA		REFERÊNCIA PARA RRAS 1				
ONCO PEDIATRIA	Cirurgias; Neuro; Hematologia				RRAS 7	
DERMA		RMBS				DRS XII
HEMATOLOGIA		Bertioga/Guarujá/ Itanhaém/Mongaguá/ Peruíbe/S.Vicente			Cubatão/ P. Grande/Santos/ DRS XII	

## 2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo, e têm como determinantes e condicionantes as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade, dificuldades no acesso à informação, além da exposição a fatores de risco evitáveis como o tabagismo, consumo regular de bebida alcoólica, sedentarismo e alimentação inadequada.

As doenças do sistema circulatório representam a primeira causa de mortalidade na RRAS 7, e o coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes foi de 249,41 em 2019, sendo maior entre homens do que entre as mulheres (Tabela 5).

**Tabela 5.** Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes, segundo Capítulo do CID-10 e por sexo. RRAS 7, 2019.

Capítulos CID-10	Coeficiente na População Total	Sexo masculino	Sexo feminino
Cap. I – Doenças infecciosas e parasitárias	28,00	36,58	20,01
<b>Cap. II – Neoplasias</b>	<b>144,20</b>	<b>157,93</b>	<b>136,13</b>
Cap. III – Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	4,25	3,97	4,52
Cap. IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	59,87	59,19	60,50
Cap. V – Transtornos mentais e comportamentais	3,68	4,96	2,49
Cap. VI – Doenças do sistema nervoso	35,79	29,54	41,60
Cap. VII – Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00
Cap. VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,14	0,10	0,18
Cap. IX – Doenças do aparelho circulatório	249,41	278,38	222,46
Cap. X – Doenças do aparelho respiratório	86,43	92,30	80,98
Cap. XI – Doenças do aparelho digestivo	42,29	53,83	31,54
Cap. XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5,59	5,35	5,81
Cap. XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4,78	2,68	6,73
Cap. XIV – Doenças do aparelho geniturinário	35,36	32,91	37,63
Cap. XV – Gravidez, parto e puerpério	0,72	12,99	1,38
Cap. XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal	11,09	5,06	9,32
Cap. XVII – Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	5,59	29,64	6,00
Cap. XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	25,61	0,00	21,77
Cap. XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	0,00	87,54	0,00
Cap. XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade	53,94	0,20	22,69
Cap. XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0,10	0,00	0,09
Taxa de mortalidade não preenchida	0,10	0,20	0,00

Fonte: SIM. Dados preliminares de 2019 e estimativas população SEADE 2019.

A mortalidade por neoplasias representou a segunda causa de mortalidade na RRAS 7, com coeficiente de 144,20/100.000 habitantes, valor acima do Estado de São Paulo (130,33/100.000 habitantes), seguida pelas doenças do aparelho respiratório com coeficiente de 86,43. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas aparecem em quarto lugar com

coeficiente de 59,87 consolidando o impacto das DCNT na saúde da população.

Em 2020, entre as dez principais causas de óbito por neoplasias malignas na RRAS 7, o câncer de pulmão/brônquios representou a principal causa de mortalidade entre os homens, seguida pela neoplasia de próstata e de estômago. Entre as mulheres a neoplasia maligna de mama foi a primeira causa, seguida de neoplasia maligna dos brônquios/pulmão e de colon (Quadro 3). O comprometimento do aparelho respiratório e digestivo tem destaque nas neoplasias em ambos os sexos, bem como as relacionadas ao aparelho reprodutor.

Analisando-se separadamente a mortalidade por neoplasia maligna no DRS IV e no DRS XII (Quadro 4 e 5) a situação se repete, não havendo diferenças significativas. Esses dados apontam para a necessidade de priorizar ações de promoção e prevenção no âmbito da atenção básica e favorecer a detecção precoce.

**Quadro 3.** Dez principais causas de óbito por neoplasias malignas, segundo topografia e sexo. RRAS 7, 2020.

Categoria CID-10	Nº de óbitos	Categoria CID-10	Nº de óbitos
	Masculino		Feminino
C34 Neopl malign dos brônquios e dos pulmões	203	C50 Neopl malign da mama	268
C61 Neopl malign da próstata	196	C34 Neopl malign dos brônquios e dos pulmões	164
C16 Neopl malign do estomago	115	C18 Neopl malign do cólon	98
C25 Neopl malign do pâncreas	83	C25 Neopl malign do pâncreas	90
C18 Neopl malign do cólon	76	C53 Neopl malign do colo do útero	63
C15 Neopl malign do esôfago	69	C71 Neopl malign do encéfalo	61
C22 Neopl malign fígado vias biliares intra-hepático	67	C22 Neopl malign figado vias biliares intra-hepático	57
C32 Neopl malign da laringe	64	C16 Neopl malign do estomago	53
C20 Neopl malign do reto	49	C56 Neopl malign do ovário	51
C67 Neopl malign da bexiga	43	C20 Neopl malign do reto	37
C71 Neopl malign do encéfalo	43		
Total das 10 principais causas - sexo masculino	1.008	Total das 10 principais causas - sexo feminino	942
Total Geral de óbitos por Neoplasia Maligna - sexo masculino	1.418	Total Geral de óbitos por Neoplasia Maligna - sexo feminino	1.371
Total Geral de óbitos por Neoplasia Maligna - ambos os sexos - 2789			

**Fonte:** DATASUS TABNET acessado 14/12/2021

**Nota:** Na tabela por sexo masculino foram colocadas 11 causas principais porque Neoplasia maligna de bexiga e de encéfalo teve o mesmo número.

**Quadro 4.** Dez principais causas de óbito por neoplasia maligna, segundo topografia e sexo. RMBS.

Categoria CID-10	Nº de óbitos Masculino	Categoria CID-10	Nº óbitos Feminino
C34 Neopl malig dos brônquios e dos pulmões	178	C50 Neopl malig da mama	252
C61 Neopl malig da próstata	168	C34 Neopl malig dos brônquios e dos pulmões	148
C16 Neopl malig do estômago	94	C18 Neopl malig do cólon	94
C25 Neopl malig do pâncreas	74	C25 Neopl malig do pâncreas	82
C18 Neopl malig do cólon	72	C53 Neopl malig do colo do útero	56
C22 Neopl malig fígado vias biliares intra-hepático	56	C71 Neopl malig do encéfalo	55
C32 Neopl malig da laringe	55	C22 Neopl malig fígado vias biliares intra-hepática	48
C15 Neopl malig do esôfago	49	C56 Neopl malig do ovário	47
C20 Neopl malig do reto	45	C16 Neopl malig do estomago	46
C67 Neopl malig da bexiga	37	C20 Neopl malig do reto	32
C71 Neopl malig do encéfalo	37		
Nº de óbitos das 10 principais neoplasias - sexo masculino	865	Nº de óbitos das 10 principais neoplasias- sexo feminino	860
Total de óbitos por Neoplasias Malignas - sexo masculino	1.208	Total de óbitos por Neoplasias Malignas - sexo feminino	1.244
<b>Total Geral de óbitos por Neoplasia Maligna - ambos os sexos - 2452</b>			

Fonte: DATASUS TABNET acessado 14/12/2021

**Quadro 5.** Dez principais causas de óbito por neoplasia maligna, segundo topografia e sexo. Vale do Ribeira.

Categoria CID-10	Nº de óbitos Masculino	Categoria CID-10	Nº de óbitos Feminino
C61 Neopl malig da próstata	28	C34 Neopl malig dos brônquios e dos pulmões	16
C34 Neopl malig dos brônquios e dos pulmões	25	C50 Neopl malig da mama	16
C16 Neopl malig do estomago	21	C22 Neopl malig fígado vias biliares intra-hepático	9
C15 Neopl malig do esôfago	20	C25 Neopl malig do pâncreas	8
C22 Neopl malig fígado vias biliares intra-hepático	11	C16 Neopl malig do estomago	7
C25 Neopl malig do pâncreas	9	C53 Neopl malig do colo do útero	7
C32 Neopl malig da laringe	9	C71 Neopl malig do encéfalo	6
C67 Neopl malig da bexiga	6	C76 Neopl malig outra localiz e mal definidas	6
C71 Neopl malig do encéfalo	6	C20 Neopl malig do reto	5
C92 Leucemia mielóide	5	C18 Neopl malig do cólon	4
Nº de óbitos das 10 principais neoplasias - sexo masculino	140	Nº de óbitos das 10 principais neoplasias - sexo feminino	92
Total de óbitos por Neoplasias Malignas - sexo masculino	210	Total de óbitos por Neoplasias Malignas sexo feminino	127
<b>Total Geral de óbitos por Neoplasias Malignas - ambos os sexos - 337</b>			

Fonte: DATASUS TABNET acessado 14/12/2021

O INCA divulga periodicamente as estimativas de casos novos de câncer nos Estados e capitais, e a metodologia para o cálculo; é uma informação importante como instrumento para planejar a assistência oncológica. A estimativa de casos novos de câncer na população da RRAS 7 em 2020 é de 5.367 casos (Tabela 6). Do total de casos novos estimados, cerca de 85% corresponde ao DRS IV Baixada Santista, isto é 4.659 casos novos. As principais localizações primárias correspondem à mama com estimativa de 751 casos novos, seguidas por colon-retos, próstata e traqueia/brônquios. No entanto a maior mortalidade está relacionada ao câncer de

traqueia/brônquios/pulmão, seguindo a tendência nacional, possivelmente pela sintomatologia facilmente confundível com outras afecções do trato respiratório, principalmente em fumantes, acarretando diagnóstico tardio e baixa sobrevida.

**Tabela 6.** Estimativa de casos novos de neoplasia maligna segundo localização primária e sexo. RRAS 7, 2020.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Homens		Mulheres		Homens	Mulheres	TOTAL
	DRS IV	DRS XII	DRS IV	DRS XII	RRAS 7		
Próstata	529	83	-	-	612	-	<b>612</b>
Bexiga	115	8	43	8	123	51	<b>174</b>
Mama Feminina	-	-	745	6	-	751	<b>751</b>
Colo do Útero	-	-	92	10	-	102	<b>102</b>
Corpo do Útero	-	-	65	10	-	75	<b>75</b>
Ovário	-	-	65	10	-	75	<b>75</b>
Traqueia, Brônquio e Pulmão	163	26	110	48	189	158	<b>347</b>
Cólon e Reto	307	20	275	20	327	295	<b>622</b>
Estômago	127	11	65	18	138	83	<b>221</b>
Esôfago	76	11	15	70	87	85	<b>172</b>
Cavidade Oral	126	12	43	3	138	46	<b>184</b>
Laringe	67	13	11	6	80	17	<b>97</b>
Glândula Tireoide	36	6	167	2	42	169	<b>211</b>
Linfoma de Hodgkin	20	13	13	16	33	29	<b>62</b>
Linfoma não Hodgkin	85	40	67	10	125	77	<b>202</b>
Leucemias	53	10	39	2	63	41	<b>104</b>
Pele Melanoma	71	25	62	5	96	67	<b>163</b>
Sistema Nervoso Central	48	6	36	2	54	38	<b>92</b>
<b>Outras Localizações</b>	445	9	478	70	454	548	<b>1002</b>
Todas as Neoplasias (exceto pele não melanoma)	<b>2.268</b>	<b>293</b>	<b>2.391</b>	<b>415</b>	<b>2.561</b>	<b>2.808</b>	<b>5.367</b>

**Fonte:** Estimativa de população por sexo: SEADE 2020  
Estimativa 2020, incidência de câncer no Brasil / INCA, Parâmetros da Tabela 31, ESP/São Paulo.

### 3. ANÁLISE DE RESPOSTA

#### 3.1. Atenção Básica

A organização do modelo assistencial tem como diretriz a Atenção Básica como porta de entrada do sistema, que busca atender as demandas dos usuários por meio das ações programáticas e demanda espontânea, cabendo-lhe responsabilidades nas ações de promoção à saúde, prevenção e na detecção precoce de agravos, bem como acompanhar indivíduos em tratamento de doenças crônicas, como o câncer, e em estágio terminal (cuidados paliativos), no componente da Atenção Domiciliar.

O Vale do Ribeira apresenta maior percentual de cobertura na AB em relação à Baixada Santista e ao ESP, conforme Tabela 8, possivelmente por compreender municípios com grande território e predominantemente rural, de baixa densidade demográfica.

**Tabela 7.** Cobertura ESF, AB, Saúde Bucal (SB) por Região de Saúde e no ESP. Julho/2019.

Região de Saúde	Nº ESF	Cobertura ESF	Cobertura AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB
Baixada Santista	276	49,97%	64,61%	22,18%*	37,08%*
Vale do Ribeira	85	89,52%	92,88%	54,96%	63,89%
<b>ESP</b>	<b>5.316</b>	<b>38,93%</b>	<b>61,63%</b>	<b>18,51%</b>	<b>34,16%</b>

**Fonte:** e-Gestor Atenção Básica, MS. \*dados de cobertura referente à saúde bucal DRS IV gerados em 18/01/2022.

##### 3.1.1 – Saúde bucal

A saúde bucal na AB é um recurso importante na detecção de lesões precursoras de câncer de cabeça/pescoço. A RRAS 7 tem 34% de cobertura, mas 63% correspondem ao Vale do Ribeira e apenas 37,08% à Baixada Santista. Fica claro que os municípios do DRS IV devem ampliar o acesso a serviços de saúde bucal para o diagnóstico precoce de câncer bucal. É uma tarefa complexa, que passa por questões de carência de materiais, de equipamento, de recurso financeiro e de capacitação.

Na oficina realizada para a construção desse Plano, o grupo identificou essa deficiência e estabeleceu medidas no Plano de Metas e Ações da Atenção Básica, voltadas principalmente à capacitação.

Entendemos que além da meta e das ações elencadas, e ratificando o Plano Estadual de Oncologia, será importante disponibilizar para todas as unidades a ferramenta estadual “Ambiente Virtual de Trabalho-Ca Bucal”, investir na busca ativa da população vulnerável e definir a linha de

cuidado estadual do câncer bucal.

### 3.1.2 – Vacina HPV

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) introduziu a vacina quadrivalente contra o Vírus Papiloma Humano (HPV) em 2014 no calendário nacional, para meninas de 09 a 13 anos e protege contra 04 tipos de HPV. Em 2017 a vacina HPV foi ampliada para meninas de 09 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Também foram incluídos os indivíduos de 9 a 26 anos de ambos os sexos nas seguintes condições: convivendo com HIV/Aids, pacientes oncológicos em quimioterapia e/ou radioterapia, transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea.

A vacina HPV tem eficácia de 90 a 95%, é aplicada em duas doses com intervalo de 6 meses. A meta de cobertura vacinal é de 80%, e de acordo com dados do PNI, em 2020 no Brasil, a primeira dose da vacina HPV, foi aplicada em cerca de 70% das meninas de 9 a 15 anos e em pouco mais de 40% dos meninos de 11 a 14 anos. Na segunda dose, os índices foram de aproximadamente 40% e 30% respectivamente.

A baixa cobertura vacinal da vacina HPV é uma problemática, que se estende a todas as vacinas do calendário nacional. A importância da vacina HPV, para a oncologia é a prevenção do câncer do colo de útero, único tipo de câncer imunoprevenível até o momento.

Para aumentar a cobertura vacinal com impacto positivo no perfil epidemiológico dos agravos ginecológicos de transmissão sexual, será necessário um trabalho intersetorial e eleger estratégias diversificadas e de intensificação, de acordo com as características de cada município, para futuramente se obter a redução drástica na incidência do câncer de colo uterino.

### 3.1.3- Rastreamento de câncer de colo de útero

O rastreamento do câncer de colo uterino consiste na realização periódica do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Compete à AB manter alta cobertura de rastreamento dessa população alvo para se obter redução significativa na incidência e mortalidade por cancer de colo uterino. E a razão de exames citopatológicos é um dos indicadores da Pactuação Intergestores.

A pandemia da COVID 19 ocasionou entre outras coisas, a limitação no funcionamento da AB nos anos de 2020 e 2021, fato que refletiu negativamente nesse indicador. Portanto, o ano base utilizado como parâmetro nesse Plano foi 2019. A meta pactuada nesse indicador na Baixada Santista foi de 0,45 e atingiu neste a razão de 0,35. A região do Vale do Ribeira, em 2019 alcançou a razão de 0,68 superando a média de 0,48 pactuada pelo ESP (Tabela 9).

Detectou-se por meio de monitoramento a subnotificação de procedimentos de rastreamento realizados em alguns serviços de gestão pública. Nesse caso, o Núcleo de Avaliação e Monitoramento do DRS IV realizou treinamento junto aos serviços e ao Laboratório contratado

pela gestão municipal, para qualificar o registro de informação no SISCAN-web e/ou outros sistemas (SISCOLO, SISMAMA).

A ausência de informação sobre a abrangência do rastreamento da população coberta pela saúde suplementar também prejudica esse indicador, quando se considera a população geral para o cálculo da razão, visto que os dados disponíveis nos sistemas oficiais referem-se à produção SUS.

Realizar ações de monitoramento do rastreamento do câncer de colo de útero nos territórios, possibilita identificar situações de desigualdade no acesso, necessidade de matriciamento e de capacitação da equipe, para subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.

A equipe do Planejamento do DRS IV, em conjunto com a Articulação da Atenção Básica vem desenvolvendo o monitoramento do rastreamento de colo de útero de mama, em cada município, utilizando a metodologia ativa por meio de oficina, reunindo profissionais da AB, Especialidades, Regulação e Planejamento. O objetivo é identificar as potencialidades e fragilidades no percurso assistencial, avaliar as políticas voltadas a Saúde da Mulher, e planejar ações para apoiar os municípios na efetivação do rastreamento.

**Tabela 8.** Razão de exames citopatológicos de rastreamento do câncer de colo uterino, segundo DRS e RRAS 07, 2019.

Residência	População Feminina 25 a 64 anos	1/3 População Feminina 25 a 64 anos	Número de exames citopatológicos <sup>1</sup>	Razão de exames citopatológicos
DRS 4-Baixada Santista	496.950	165.650	58.306	<b>0,35</b>
DRS 12-Registro	70.251	23.417	15.833	<b>0,68</b>
<b>TOTAL RRAS 7</b>	<b>567.201</b>	<b>189.067</b>	<b>74139</b>	<b>0,39</b>

**Fonte:** TABNET SES Indicadores De Saúde acessado 25/01/2022.

Observa-se que é necessário traçar estratégias que promovam o rastreamento oportuno e organizado nos territórios, para diminuir as desigualdades de acesso tais como qualificar os profissionais na coleta de material, no processo de informação nos sistemas para otimizar o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e estimular e monitorar a implantação de matriciamento nos municípios que ainda não sistematizou essa estratégia.

#### 3.1.4- Rastreamento do câncer de mama

O câncer de mama representou a primeira causa de óbito em mulheres na Baixada Santista, e a segunda causa no Vale do Ribeira em 2020. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) do MS contempla o controle deste câncer prevendo em suas ações a ampliação do acesso à mamografia.



Dos 20 mamógrafos disponíveis ao SUS (Tabela 10) a maior parte está concentrada na Baixada Santista, principalmente nos maiores centros urbanos; o Vale do Ribeira dispõe de um equipamento SUS.

**Tabela 9.** Total de Mamógrafos existentes em uso e disponível para o SUS. RRAS 7.

Município	Mamógrafos existentes	Mamógrafos em uso	Disponível ao SUS
350635 Bertioga	2	2	2
351350 Cubatão	3	3	2
351870 Guarujá	6	6	3
352210 Itanhaém	2	1	0
353110 Mongaguá	1	1	1
353620 Pariqueira-Açu	1	0	1
353760 Peruíbe	2	2	0
354100 Praia Grande	3	3	2
354260 Registro	1	1	0
354850 Santos	34	33	7
355100 São Vicente	3	3	2
<b>Total RRAS 7</b>	<b>58</b>	<b>55</b>	<b>20</b>

**Fonte:** TABNET SES acessado 14/12/2021. CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

De acordo com a Portaria GM/MS 1631/2015, a Baixada Santista possui um número adequado de mamógrafos, porém os serviços executantes apresentam baixa produtividade, sendo necessário traçar estratégias locais para otimizar o acesso das mulheres nas diferentes situações de vulnerabilidade, além de qualificar o rastreamento/monitoramento de exames alterados (BIRADS 4 ou 5), garantindo o acesso aos demais procedimentos diagnósticos e tratamento precoce. Já a região do Vale do Ribeira possui número insuficiente de mamógrafo e a distância percorrida pelos usuários para acesso ao equipamento, que por vezes, necessita de logística do transporte sanitário.

A razão de mamografias de rastreamento da população na faixa etária de 50 a 69 anos, também é um importante indicador da Pactuação Intergestores. A tabela 10 mostra a razão de mamografias de 0,33 na Baixada Santista, não atingindo a meta pactuada em 2019 de 0,35. A razão de mamografias realizadas pela área de abrangência do DRS XII foi de 0,31, inferior à meta de 0,35 pactuada pelo estado.

**Tabela 10.** Razão de mamografias de rastreamento. RRAS 7, 2019.

<b>Divisão administrativa de residência</b>	<b>População feminina 50 a 69 anos</b>	<b>1/2 população feminina 50 a 69 anos</b>	<b>Número de mamografias<sup>1</sup></b>	<b>Razão de mamografias</b>
DRS IV - Baixada Santista	196.976	98.488	32.828	<b>0,33</b>
DRS XII - Registro	26.236	13.118	4.005	<b>0,31</b>
<b>RRAS 7</b>	<b>223.212</b>	<b>111.606</b>	<b>36.833</b>	<b>0,33</b>

**Fonte:** <sup>1</sup>TABNET SES Indicadores De Saúde acessado 25/01/2022.

Certamente serão necessários esforços conjuntos na região para se atingir a meta pactuada no rastreamento de câncer do colo uterino e de mama, mencionados no plano de ações e metas da atenção primária à saúde, visto que o não alcance de metas nd RMBS não está relacionado à falta de acesso à mamografia.

### 3.1.5 – Tabagismo

O tabagismo é responsável por 443 óbitos/dia no Brasil (INCA), contribui para o desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças cardíacas, além de diversos tipos de câncer como leucemia mielóide aguda; bexiga; pâncreas; fígado; colo do útero; esôfago; rim e ureter; laringe (cordas vocais); cavidade oral (boca); faringe (pescoço); estômago; cólon e reto; traquéia, brônquios e pulmão.

Na RRAS 7 a neoplasia maligna de pulmão/brônquios foi a primeira causa de óbitos por neoplasias malignas no sexo masculino, e a segunda no sexo feminino. O dado mostra que as ações de combate ao tabagismo são estratégias fundamentais de prevenção para reduzir a incidência desse tipo de câncer; e será necessário estimular e intensificar essas ações em todos os municípios da RRAS 7.

Na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) os municípios de Bertioga, Cubatão e Peruíbe ainda não desenvolvem o Programa de Controle do Tabagismo. Os municípios de Santos e Guarujá destacam-se na região, com 23 unidades e 17 unidades respectivamente, que desenvolvem o Programa; Itanhaém com 06 unidades; Mongaguá 01 unidade; São Vicente com uma unidade, sendo que a 2ª está em processo de implantação; Praia Grande vem pleiteando junto ao CRATOD a capacitação para o Município iniciar o programa de controle do tabagismo nas 30 unidades da AB/ESF (Quadro 6).

**Quadro 6.** Municípios do DRS IV com programa de controle do tabagismo.

<b>Municípios</b>	<b>Unidades com Programa de Tabagismo</b>
Guarujá	17 unidades
Itanhaém	06 unidades
Mongaguá	01 unidade
Santos	23 unidades
São Vicente	01 unidade

**Fonte:** FarmaNet/tabagismo. Acessado em 17/01/2022.

### 3.1.6 – Alcoolismo

Segundo as OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), o chamado beber pesado episódico, (ingestão de 60g de álcool) aumentou no período de março a junho de 2020 e quase alcançou os percentuais de todo o ano de 2019. Esse dado é um sinal de alerta para o excesso de ingestão de uma substância química com grande potencial de desenvolver dependência e que acomete o organismo como um todo.

Além das consequências físicas e mentais para o indivíduo, o impacto econômico e no ambiente familiar é incalculável. O álcool também aumenta o risco de desencadear o aparecimento de diversos tipos de câncer como de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, intestino (cólon e reto) e mama; e para a prevenção de câncer não há níveis seguros de ingestão.

Na RRAS 7 a mortalidade por neoplasias do aparelho digestivo, potencialmente relacionadas ao consumo de álcool, figuram entre as cinco principais causas de óbito, excluindo-se o câncer de pulmão/brônquios e próstata entre os homens e o câncer de mama e pulmão/brônquios entre as mulheres.

Consumir bebida alcoólica faz parte da história da humanidade, com diferentes significados; o seu consumo é legalizado e amplamente divulgado e estimulado pela mídia; esses aspectos influenciam negativamente sobre as ações de prevenção.

Os programas de prevenção do consumo de álcool na RRAS 7 são ainda incipientes na atenção primária à saúde e na especializada. É um segmento complexo da área de saúde que exige capacitação profissional, e é de baixa adesão por parte do usuário, posto que o consumo de bebidas alcoólicas é amplamente difundido na sociedade.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool Drogas (CAPS-AD) são serviços especializados, voltados ao atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; o DRS XII-Registro não dispõe de CAPS-AD em sua região, mas possui 06 CAPS. No DRS IV-Baixada Santista há 07 CAPS-AD, sendo que Bertioga, Peruíbe e Mongaguá são os municípios que não dispõem desse tipo de serviço (Quadro 7) devido possuir população inferior a 70 mil habitantes.

**Quadro 7.** Distribuição dos CAPS/CAPS AD no DRS IV, 2020.

<b>Município</b>	<b>Tipo e quantidade de serviços</b>
Cubatão	01 CAPS AD II
Guarujá	01 CAPS AD II
Itanhaém	01 CAPS AD II
Praia Grande	01 CAPS AD III
Santos	01 CAPS AD II
	01 CAPS AD Infanto Juvenil III
São Vicente	01 CAPS AD II

**Fonte:** Articulação de Saúde Mental/DRS IV

Em complementação ao proposto no Plano de Metas e Ações, o Matriciamento da Saúde Mental integrado à Atenção Básica seria um recurso importante para desenvolver ações de prevenção nas Unidades Básicas/ESF, funcionando como suporte técnico especializado, e apoiando essas equipes na ampliação do conhecimento e da prática em saúde integral.

### 3.1.7 Plano de Metas e Ações da RRAS 7 voltadas à Atenção Básica

O Quadro 08 apresenta o Plano de Metas e Ações na Atenção Básica, com foco nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças do DRS IV-Baixada Santista; e o Quadro 09 apresenta o Plano de Metas e Ações na Atenção Básica do DRS XII-Registro.

Cabe ressaltar que se manteve o conteúdo original do Plano de Metas e Ações na Atenção Básica de ambos os DRS, conforme elaborado nas oficinas, em consideração à construção coletiva.

**Quadro 8.** Plano de Metas e Ações na Atenção Básica. DRS VI – Baixada Santista, 2021-2023.

Atenção Básica - Promoção e Prevenção				
1. Saúde Bucal				
Problemas	Causas	Nó crítico	Metas	Ações
<b>1.1- Diagnóstico tardio do câncer Bucal.</b>	Baixa cobertura de odontologia na região.	Falta de conhecimento dos profissionais da APS sobre os fatores de risco desencadeantes do câncer de boca (INCA).	Capacitar no mínimo 01 integrante de cada equipe da atenção primária, até dezembro de 2022 nas ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.	Realizar oficinas regionais em conjunto com o NEPS/SB para capacitação de multiplicadores nas ações de prevenção e diagnóstico precoce em saúde bucal.
	Baixa adesão ao Programa do Tabagismo.			Realizar oficinas nos municípios (parcerias/ microrregiões, regionais) das equipes da AB, com apoio da EP.
	Não envolvimento dos ACS com a Saúde Bucal.			Utilizar nas unidades de saúde, materiais já existentes de divulgação da prevenção do câncer bucal.
	Desconhecimento dos fatores de risco desencadeantes do câncer de boca (INCA) entre os profissionais.			Realizar campanhas de prevenção de câncer bucal nos grupos de risco. (INCA)
	Déficit de insumos para coleta de biópsias e inexistência de contrato com laboratório para realização de Anatomopatológico.			Priorizar o acesso aos sintomáticos
			Estimular o preenchimento correto dos registros de atendimento na Plataforma-EAD Santa Marcelina.	
			Monitorar trimestralmente os registros na Plataforma – EAD Santa Marcelina.	
<b>1.2- Ausência de suporte matricial aos profissionais da AB com especialistas da saúde bucal.</b>	Falta de especialista para suporte aos dentistas da AB.	Falta de especialista para suporte aos dentistas da AB.	Disponibilizar suporte matricial para 100% dos municípios até dezembro/2023.	Fomentar a habilitação de CEO em municípios que não o possuem.
				Estabelecer referências de matriciamento em nível secundário.

**2 - Rastreamento do câncer de colo e mama**

Problemas	Causas	Nó crítico	Metas	Ações
<b>2.1- Não realização de rastreamento de câncer de colo uterino e de mama oportunístico (médico ou enfermeiro).</b>	Acesso limitado.	Acesso limitado, com rastreamento realizado apenas por agendamento.	Restabelecer acesso aos programas de rastreamento de câncer de colo e de mama até atingir a meta governamental, sendo incrementos de 20% em 2022 e 20% em 2023.	Sensibilizar as equipes sobre a importância do rastreamento de câncer de colo de útero de forma oportunística.
	Desconhecimento dos Protocolos de Rastreamento do INCA e Ministério da Saúde.		Realizar o rastreamento oportunístico em 60% das consultas médicas ou de enfermagem na população alvo.	Monitorar as metas (SISCOLO; SISMAMA, e outros) com apoio do grupo de educação permanente municipal. Utilizar as metas do Siscolo, Sismama e outros como subsídio para as discussões com a Educação Permanente (EP).
	Falta de registro da informação pelos serviços.		Incentivar o acolhimento à demanda espontânea neste item.	
	Rastreamento realizado apenas por agendamento.	Incentivar a adesão ao SISCAN web para monitorar o rastreamento.		
	Falta de divulgação do funcionamento do Programa Mulheres de Peito na rede municipal	Perda primária no Programa Mulheres de Peito	Reduzir a perda primária em 50%	Monitorar a produção dos exames de rastreamento para câncer de mama em atenção à Portaria 3712/20, Sispacto e Previne Brasil.
	Perda primária no Programa Mulheres de Peito			Estabelecer estratégias de divulgação junto aos serviços de saúde do município.

3 - Vacina HPV				
Problemas	Causas	Nó crítico	Metas	Ações
<b>3.1- Baixa cobertura da vacinação do HPV.</b>	Desconfiança da população em relação à eficácia/segurança da vacina.	Falta de estratégias para ampliação da cobertura vacinal.	Implementar novas estratégias em 100% dos municípios para ampliar significativamente a cobertura vacinal de HPV	Divulgação nas redes sociais e mídias municipais, sobre a eficácia e segurança da vacina.
	Divulgação insuficiente dos benefícios da vacina.			Utilização das escolas para divulgação da eficácia e segurança da vacina.
	Necessidade de se implementar novas estratégias para atingir a meta de cobertura vacinal contra HPV.			Intensificar a articulação dos profissionais da AB com as escolas.
	Baixa frequência dos adolescentes nas unidades de APS.			Oferecer a possibilidade de realizar vacinação extramuros (escolas, feiras, eventos de massa, entre outros).
4 - Tabagismo				
Problemas	Causas	Nó crítico	Metas	Ações
<b>4.1 Atenção insuficiente da APS no controle do tabagismo.</b>	Falta de capacitação das equipes de AB para abordagem do Tabagismo.	Falta de capacitação das equipes de AB para abordagem do Tabagismo.	Capacitar 50% das equipes de APS até 2023 na abordagem ao paciente tabagista pelo CRATOD	Pactuar junto à coordenação da AB de cada município a inclusão de profissionais da APS nos cursos do CRATOD.
				Promover o matriciamento pelas equipes de Saúde Mental.
				Realizar abordagem na sala de espera das unidades.
				Disponibilizar tratamento ao tabagista.
				Monitorar a efetividade do programa de tabagismo por meio do quantitativo de insumos anti-tabágico distribuído em cada município.

5 - Alimentação e Atividade Física				
Problemas	Causas	Nó crítico	Metas	Ações
<b>5.1- Falta de acesso da população a hábitos e alimentação saudável.</b>	Baixa cobertura do atendimento das Academias de Saúde.	Baixa Cobertura/ Inexistência de Nutricionistas e Educadores Físicos na Atenção Básica/ NASF.	Promover a interação entre nutricionistas e educadores físicos já existentes nos municípios com as equipes de AB em 100% dos municípios até dezembro 2022.	Propor formação de um grupo de trabalho multidisciplinar regional para estudar as possibilidades de inclusão desses profissionais nas equipes da APS na realidade atual de não haver um financiamento específico para o NASF.
	Baixa Cobertura/ Inexistência de Nutricionistas e Educadores Físicos na Atenção Básica/ NASF.			
6 - Alcoolismo				
Problemas	Causas	Nó crítico	Metas	Ações
<b>6.1. Inexistência de medidas de intervenção ao alcoolismo pela AB.</b>	Falta de apropriação da AB no tratamento do Alcoolismo.	Falta de apropriação da AB no tratamento do Alcoolismo	Sensibilizar e capacitar pelo menos 01 integrante de cada equipe da AB, até dezembro 2023 para abordagem ao paciente etilista.	Formação regional de multiplicadores para capacitação das equipes de AB para abordagem ao paciente etilista.
				Realizar treinamento com as equipes da AB para abordagem ao alcoolismo.
				Realizar abordagem durante a sala de espera das unidades para identificar paciente etilista de forma a encaminhar para a referência municipal específica.



**Quadro 9.** Plano de Metas e Ações na Atenção Básica. DRS XII - Registro, 2021-2023.

Problemas na Atenção Básica	Causas	Maiores Nós Críticos	Metas
<b>1. Capacitação das equipes aquém das necessidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipes com dificuldades no manejo e abordagem em oncologia;</li> <li>○ Dificuldade de capacitação por conta das distâncias e poucas ofertas de capacitações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dificuldades de capacitação por conta das distâncias e poucas ofertas de capacitações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criar um calendário bimestral para discussões referente à Rede de Oncologia - aproveitando a reunião de AB de cada município;</li> <li>○ Matriciar as equipes municipais referentes à oncologia - com a colaboração dos serviços disponíveis na região</li> </ul>
<b>2. Ausência de informações sobre os pacientes encaminhados para exames diagnósticos</b> <b>Descontinuidade/fragmentação das informações relacionadas ao tratamento do paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de fluxo de contra referência da especialidade para o município (após exames diagnóstico confirmatório ou suspeitos e UNACON) para os municípios;</li> <li>○ Ausência de referência de interlocução da oncologia no município;</li> <li>○ Descontinuidade/fragmentação das informações relacionadas ao tratamento do paciente;</li> <li>○ Inexistência de fluxo de retorno (após atendimento em clínica médica) em seu município de origem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de fluxo de contrarreferência;</li> <li>○ Inexistência de fluxo de retorno após exames diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criar regionalmente em canal contínuo de informação e criação de um banco de dados por meio das interlocuções e prestadores;</li> <li>○ Utilizar fluxo já existente das altas responsáveis e suas devidas interlocuções para essa finalidade;</li> <li>○ Município conhecer e monitorar os pacientes oncológicos em tratamento, em todas as fases de tratamento. Criar modelo de guia de contra referencia - UNACON para Município.</li> </ul>
<b>3. Demora entre a realização dos exames de colposcopia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Somente profissional ginecologista do HRLB (ambulatório de PTGI) pode solicitar a colposcopia após avaliação clínica;</li> <li>○ Excesso de consultas realizadas e fluxo dificultoso para o paciente;</li> <li>○ Demora para realização do exame por conta do fluxo 'burocrático';</li> <li>○ Ausência do laudo da FOSP relacionado ao NIC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Permitir que o especialista do município solicitasse o procedimento de colposcopia no HRLB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criar um fluxo na especialidade de ginecologia com aprovação em CIR, onde permita otimizar o tempo e recursos;</li> <li>○ Relatório sintético dos laudos dos exames da FOSP é emitido online.</li> </ul>

<p><b>4. Desconhecimento de informações da AB sobre quais pacientes estão com neoplasia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falta de habilidade no manejo de dados epidemiológicos pela equipe da atenção básica;</li> <li>○ Pouca interlocução com UNACON;</li> <li>○ Dificuldade das estratégias da AB no período de pandemia;</li> <li>○ Ausência de cobertura total das estratégias de Saúde da Família;</li> <li>○ Longas distâncias e dificuldades de acesso às comunidades;</li> <li>○ Sem contrarreferência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falta de habilidades no manejo dos dados epidemiológicos;</li> <li>○ Ampliar as visitas nas famílias e busca ativa;</li> <li>○ Ausência de fluxo de contrarreferência;</li> <li>○ Aumentar o rastreamento e diagnóstico precoce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criar oficinas municipais para conhecer, identificar e trabalhar dados epidemiológicos para aplicação de ações necessárias a rastreio para diagnóstico e tratamento, bimestralmente nas reuniões da AB de cada município;</li> <li>○ Implantar fluxo de referência e contra referência entre UNACON e AB e interlocutor do DRSXII;</li> <li>○ Implantar a contrarreferência para monitorar e acompanhar do paciente, utilizar fluxo já existente da alta responsável;</li> <li>○ Aumentar número de rastreamento e diagnóstico precoce.</li> </ul>
<p><b>5. Déficit das ações de promoção e prevenção de saúde</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Áreas descobertas;</li> <li>○ Foco deficitário na promoção de saúde;</li> <li>○ Baixa adesão de promoção e prevenção de saúde;</li> <li>○ COVID 19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Baixa adesão de promoção e prevenção de saúde;</li> <li>○ COVID 19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibilizar e conscientizar a população quanto a prevenção;</li> <li>○ Motivar as equipes;</li> <li>○ Monitorar resultados;</li> <li>○ Intensificar as campanhas nas escolas referente a promoção de saúde;</li> <li>○ Realizar reuniões periódicas e retorno dos encontros presenciais;</li> <li>○ Criar um calendário bimestral com as principais ações específicas a serem desenvolvidas durante o ano - aproveitar as reuniões da AB de cada município.</li> </ul>
<p><b>6. Paciente faltoso nas consultas médicas de rotina por não ter incentivo do empregador e por ser diaristas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trabalho, atestado e sem apoio do empregador para cuidar da saúde;</li> <li>○ Falta corresponsabilidade;</li> <li>○ Falta de responsabilização do trabalhador com a sua saúde e falta de conhecimento sobre o cuidado com a saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falta de corresponsabilidade do empregador;</li> <li>○ Falta de conhecimento e responsabilidade do trabalhador com a sua saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Envolver CEREST;</li> <li>○ Sensibilizar os profissionais e equipes da AB para abordar a importância da saúde preventiva e realização de exames;</li> <li>○ Cada município criar condições para atender a necessidade local desses trabalhadores, por exemplo: estender horário de atendimento, visita <i>in loco</i>, campanhas nos finais de semana.</li> </ul>
<p><b>7. Realocação de profissionais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Concursos;</li> <li>○ Dificuldade de fixação de profissionais no Vale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dificuldade de fixar profissionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestores e prefeitos buscar estratégias para fixar profissionais na região (salário, motivação, capacitações, condições de trabalho).</li> </ul>

<p><b>8. Formação profissional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Rotatividade de profissionais Médicos sem perfil para as atividades inerentes à atenção básica;</li> <li>o Contratação de recém-formados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Médicos sem perfil para as atividades desenvolvidas na AB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Educação Permanente;</li> <li>o Matriciamento;</li> <li>o Institucionalizar protocolos;</li> <li>o Experiência comprovada na contratação do profissional.</li> </ul>
<p><b>Problemas na Saúde Bucal</b></p>	<p><b>Causas</b></p>	<p><b>Maiores Nós Críticos</b></p>	<p><b>Metas</b></p>
<p><b>1- Diagnóstico tardio do câncer Bucal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Busca ativa insuficiente dos segmentos populacionais mais vulneráveis;</li> <li>o Baixa cobertura populacional;</li> <li>o Baixa adesão ao Programa do Tabagismo;</li> <li>o Não envolvimento dos ACS com a Saúde Bucal;</li> <li>o Falta de orientação sobre hábitos saudáveis (Nutricional);</li> <li>o Desconhecimento dos fatores de risco desencadeantes do câncer de boca (INCA).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Busca ativa insuficiente;</li> <li>o Baixa adesão aos programas existentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ampliar a capacidade e melhorar a integração do sistema de rastreamento do câncer;</li> <li>o Incentivar o gestor local para fomentar as ações de busca ativa nos grupos de risco;</li> <li>o Intensificar as ações de busca ativa nos grupos vulneráveis: tabagistas/etilistas, idosos e profissionais do sexo.</li> </ul>
<p><b>2. Ausência de suporte matricial</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Falta de especialista para suporte dos dentistas da AB (déficit de insumos para coleta de biópsias e inexistência de contrato com laboratório para realização de anatomopatológico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Grupos de risco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Divulgação e Orientação à população geral e, principalmente aos grupos de risco.</li> </ul>
<p><b>3. Referência para Coleta de material para exame na rede</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Falta de especialista para suporte dos dentistas da AB (déficit de insumos para coleta de biópsias e inexistência de contrato com laboratório para realização de anatomopatológico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Falta de especialista para suporte dos dentistas da APS (déficit de insumos para coleta de biópsias e inexistência de contrato com laboratório para realização de anatomopatológico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Buscar suporte matricial para dentistas e biópsias</li> </ul>
<p><b>4. Suporte matricial dos profissionais da AB com</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ausência de referência na maioria dos municípios;</li> <li>o Baixa cobertura do serviço;</li> <li>o Profissionais pouco capacitados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ausência de suporte matricial dos profissionais da AB com especialista;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Baixa cobertura do serviço.</li> <li>o Profissionais pouco capacitados.</li> </ul>
<p><b>4. Suporte matricial dos profissionais da AB com</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ausência de suporte matricial dos profissionais da AB com especialista;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Articulação com as Universidades Regionais e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Inserir as referências na CROSS;</li> <li>o Viabilizar as biópsias na AB capacitando os profissionais nível de AB;</li> <li>o Matriciamento;</li> <li>o Referenciar casos mais complexos (estabelecer o local)</li> </ul>
<p><b>4. Suporte matricial dos profissionais da AB com</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Ausência de suporte matricial dos profissionais da AB com especialista;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Capacitar os profissionais da AB para realizar a biópsia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Capacitar os profissionais da AB para realizar a biópsia</li> </ul>

<p><b>especialista</b></p>		<p>Tele saúde-UNIFESP;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar referências de especialistas para realização do matriciamento presencial ou tele consultoria;</li> </ul>	
<p><b>5. Integrar as ações de prevenção do câncer de boca na AB</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de materiais e impressos de divulgação da vacina, com inserção do exame de boca;</li> <li>○ Poucas campanhas com estímulo de exames de boca, principalmente nos idosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de materiais e impressos de divulgação da vacina, com inserção do exame de boca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intensificar as ações de busca ativa nos grupos vulneráveis: tabagistas/etilistas e profissionais do sexo.</li> <li>○ Trabalhadores com alta exposição solar, e profissional do sexo.</li> </ul>
<p><b>6- Referência e Contrarreferência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dificuldades nos fluxos;</li> <li>○ Sem profissional de referência na maioria dos municípios;</li> <li>○ Dificuldades na interlocução com a AB e UNACON</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dificuldades nos fluxos;</li> <li>○ Dificuldades na interlocução com a AB e UNACON.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Melhorar os fluxos e os canais de comunicação através da interlocução municipal e UNACON;</li> <li>○ Implantar as guias de contrarreferência.</li> </ul>

### 3.2. Atenção Especializada

#### 3.2.1 Diagnóstico

O diagnóstico precoce de pessoas com sinais e sintomas sugestivos de câncer, e o acesso rápido e prioritário aos métodos diagnósticos, é um passo importante para o encaminhamento oportuno ao tratamento oncológico com melhores resultados.

É importante considerar que estratégias para detecção precoce e o aumento da capacidade diagnóstica por um lado, é um fator para redução da mortalidade, mas também tem impacto na demanda por tratamento oncológico.

A Portaria 1.399/2019, art 8º, estabelece a oferta mínima por demanda e sob regulação do respectivo gestor, os exames abaixo:

- a) 3.000 consultas especializadas/ano;
- b) 1.200 exames de ultrassonografia/ano;
- c) 600 endoscopias digestivas, colonoscopias e retossigmoidoscopias/ano;
- d) 1.200 exames de anatomia patológica/ano.

Os dados de produção física dos exames do Quadro 10, tanto na produção dos serviços oncológicos, quanto na produção total, são muito superiores à necessidade estimada desses exames para oncologia, visto que abrange todos os exames solicitados na Instituição. Os exames de ressonância magnética e tomografia computadorizada não foram considerados na Portaria 1.399/2019.

**Quadro 10.** Parâmetros de exames da Port. 1.399/2019, comparados à produção e a necessidade estimada. RRAS 07, 2019.

Exames/consultas	Parâmetro Portaria 1.399/2019	Parâmetros de necessidade e produção	Total de procedimentos RRAS 7
Anátomo Patológico	1.200 procedimentos	Necessário	6.636
		Produção serviços oncológicos	14.311
		Produção total	32.682
Endoscopia digestiva	600 procedimentos	Necessário	3.982
Colonoscopia		Produção serviços oncológicos	6.984
Retossigmoidoscopia		Produção total	33.103
Ultrassonografia	1.200 procedimentos	Necessário	6.636
		Produção serviços oncológicos	29.334
		Produção total	343.796

**Fontes:** DATASUS – SIA, ano 2019 – SES/ESP. Portaria MS/SAS 1399, de 17 de dezembro de 2019.

O Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia, aprovado pela Deliberação CIB nº 53/2021, apresenta critérios clínicos, laboratoriais e de imagem para cada topografia para orientar os profissionais de diferentes níveis de atenção à saúde na investigação diagnóstica do câncer. O rol de exames por topografia, é uma referência relevante para o planejamento e dimensionamento do quantitativo de exames necessários para a rede de oncologia, bem como priorizar o diagnóstico de alta suspeição oncológica.

O Quadro 11 mostra a relação de exames diagnósticos das principais neoplasias malignas (próstata, mama, colo uterino, estômago e colorretal), e a oferta mensal de exames diagnósticos das unidades sob gestão estadual no DRS IV-Baixada Santista. Os quantitativos apresentados não são específicos para o diagnóstico de alta suspeição de câncer, e por isso mesmo superam em muitas vezes as estimativas de casos novos de câncer.

Os quantitativos de ultrassonografia mamária e de próstata dos AME Santos e AME Praia Grande estão apresentados como "cota geral", isto é, não estão diferenciados por topografia, uma vez que nesses dois serviços a demanda por US mamária ou de próstata é ajustada de acordo com a demanda municipal.

Para o diagnóstico do câncer de próstata não há referência para US prostata transretal, e segundo informam os serviços, não há demanda para esse tipo de exame, mas há oferta suficiente para US próstata via abdominal. Futuramente se houver demanda, o exame será incluído no Projeto Assistencial dos AME.

Para o diagnóstico de câncer de mama há oferta suficiente de mamografias, porém o rastreamento não atende ao parâmetro mínimo estabelecido pelo INCA, e conseqüentemente há a falha no seguimento da linha de cuidado em relação ao aproveitamento da oferta de PAF, punção de agulha grossa e biópsia.

Em relação ao diagnóstico do câncer de colo uterino, há oferta suficiente de colposcopia e biópsia. Quanto a oferta das às excisões tipo II e III, nos serviços sob gestão estadual, é inferior à estimativa de casos novos de câncer de colo uterino, mas esse exame é realizado nos municípios que dispõem de hospital, sendo que o HGA é a referência aos municípios de Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe. Porém foi incluído no Projeto Assistencial do Hospital Regional Jorge Rosman para 2023.

Quanto ao câncer do aparelho digestivo a oferta de EED é suficiente. Em relação ao câncer colorretal a oferta de colonoscopia é suficiente frente aos casos novos.

Atualmente não há referência regional para retossigmoidoscopia, mas o exame foi inserido no Projeto Assistencial do AME São Vicente para 2023. Da mesma forma a laringoscopia e o mielograma.

**Quadro 11.** Exames de alta suspeição em oncologia, segundo oferta mensal e anual, nos serviços sob gestão estadual. DRS IV-Baixada Santista, 2021.

Estimativa de Casos Novos de Câncer DRS IV	Exame	Unidades							Total cota/mês	Total cota/ano
		AME PG	AME Santos	AME S. V	HER II	HRJR	HGA	CHE		
		Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês		
Próstata= 529 cn/ano	US próstata via abdominal	100	360 grupo US	260 grupo US	0	0	70	0	790	9.480
	US próstata via transretal	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Biópsia de próstata	15	18	10			10		53	636
Mama= 745 cn/ano	Mamografia Bilateral Diag	500	0	84	0	0	220	0	804	9.648
	US Mama	90	360 grupo US	260 grupo US	0	0	90	156	336	4.032
	PAF mama									
	Punção agulha grossa mama	8	0	4	0	0	15	0	27	324
	Biópsia/Exéres e nódulo mama	0	0	4	0	0	18	0	22	264
Colo uterino= 92 cn/ano	Colposcopia	0	0	15	0	0	50	0	65	780
	Biópsia do colo uterino	0	0	5	0	0	15	0	20	240
	Excisão Tipo I do Colo Uterino	0	0	3	0	0	0	0	3	36
	Excisão Tipo II do Colo Uterino	0	0		0	0	0	0		
	Excisão Tipo III do Colo Uterino	0	0		0	0	5	0	5	60
Estômago= 192 cn/ano	EED com Biópsia	250	90	90	34	80	80	90	624	7.488
Colorretal= 582 cn/ano	Colonoscopia	40	24	24	0	30	40	80	158	1.896
	Retossigmoidoscopia com Biópsia	0	0	0	0	0	10	0	10	120
	TC abdome	Grupo de TC 515	não oferta	não oferta	não oferta	20	175	50	760	9.120
	TC tórax									
	TC crânio									
	TC pelve									
	TC coluna									
	TC segmentos apendiculares									
	RNM coluna	não oferta	não oferta	não oferta	não oferta	não oferta	803	não oferta	803	9.636
	RNM crânio									
	RNM de pelve									

Verifica-se que, de forma geral, há oferta suficiente para atender à demanda de exames para diagnóstico de câncer. Mas será necessário estabelecer protocolos para priorizar os casos altamente suspeitos de câncer, visto que os pedidos de exames são atendidos por ordem de entrada da solicitação, em detrimento do diagnóstico precoce dos casos oncológicos.

**Quadro 12.** Exames de alta suspeição em oncologia, segundo oferta mensal e anual, nos serviços sob gestão municipal. DRS IV-Baixada Santista, 2021.

Estimativa de Casos Novos de Câncer DRS IV	Exame	Unidades									Total municípios
		Bertioga	Cubatão	Guarujá	Itanhaém	Mongaguá	Peruíbe	P. Grande	Santos	S. Vicente	
		Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	Cota/mês	
Próstata= 529 cn/ano	US próstata via abdominal	90	69	16	100	10	300 grupo US	84	5.612 grupo USG	80	449
	US próstata via transretal	10	0	0	0	0		0		0	10
	Biópsia de próstata	0	0	0	0	0		0		12	0
Mama= 745 cn/ano	Mamografia Bilat Diag	100	438	1115	0	10	250	579	1454	930	4876
	US Mama	65	128	79	100	20	300 grupo US	165	150	80	787
	PAF mama	2	0	0	0	0	conforme demanda	0	14	0	16
	Punção agulha grossa mama	1	0	0	0	0	0	0	16	0	17
	Biopsia/Exeresse de nódulo de mama	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Colo uterino= 92 cn/ano	Colposcopia	10	40	60	64	8	48	104	<b>160</b>	27	521
	Biópsia do colo uterino	5	conforme demanda	40	64	conforme demanda	10	38	conforme demanda	27	184
	Excisão Tipo I do Colo Uterino	0	0	0	0	0	0	1	conforme demanda	5	6
	Excisão Tipo II do Colo Uterino	0	0	0	0	0	0		conforme demanda	5	5
	Excisão Tipo III do Colo Uterino	0	conforme demanda	0	0	0	0		conforme demanda	5	5
Estômago= 192 cn/ano	EED com biópsia	15	0	323	40 (EDA)	0	0	123	304	128	893
Colorretal= 582 cn/ano	Colonoscopia	5	109	36	16	0	0	131	219	0	516
	Retossigmoidoscopia com Biópsia	1	0	0	4	0	0	0	0	0	5
	TC abdome	29	396	62	120 grupo de TC	5	0	6	647 grupo de Tomografia	26	524
	TC tórax	7	396	141		5	0	22		26	597
	TC crânio	9	396	167		10	0	53		26	661
	TC pelve	7	396	41		5	0	6		26	481
	TC coluna	13	396	70		5	0	31		26	541
	TC segmentos apendiculares	5	396	12		5	0	0		26	444
	RNM coluna	10	0	19	0	0	0	23	290 grupo de RNM	0	52
	RNM crânio	2	0	19	0	0	0	6		0	27
	RNM de pelve	2	0	19	0	0	0	5		0	26



O Quadro 13 mostra a oferta de exames dos serviços sob gestão estadual, na área de abrangência do DRS XII-Registro, e a estimativa de casos novos de câncer na região.

**Quadro 13** - Exames de alta suspeição em oncologia e oferta por unidade. DRS XII Registro, 2021.

Exame	Estimativas de Casos Novos de Câncer – DRS XII	HRLB	AME Pariquera-Açu	Total oferta/mês	Total ofertas/ano
		Oferta/mês	Oferta/mês		
US de próstata por via abdominal	Próstata= 83 C.N.	241(geral)	622(geral)	<b>863</b>	<b>13.356</b>
US de próstata por via transretal		0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Biópsia de próstata		7 interno	13	<b>20</b>	<b>240</b>
Mamografia Bilateral	Mama= 109 C.N.	0	533(geral)	<b>533</b>	<b>6.396</b>
US Mama		0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Punção de mama por agulha grossa		0	15 fina/grossa		<b>180</b>
Biópsia/Exérese de nódulo de mama		0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Colposcopia	Colo uterino=13 C.N.	0	32(PTGI)	<b>32</b>	<b>384</b>
Biópsia do colo uterino		0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Excisão Tipo I do Colo Uterino		0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Excisão Tipo II do Colo Uterino		0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
EED com Biópsia	Estômago= 30 C.N.	80 ext/54int	70 int/50/ext	<b>254</b>	<b>3.048</b>
Colonoscopia	Colo retal= 88 C.N.		30 int/05 ext	<b>35</b>	<b>420</b>
Retossigmoidoscopia com Biópsia		0	0	<b>0</b>	<b>0</b>

### 3.2.2 Plano de Metas e Ações da RRAS 07, voltadas à Atenção Especializada.

O Quadro 14 apresenta o Plano de Metas e Ações na Atenção Especializada, com foco no diagnóstico precoce de câncer do DRS IV-Baixada Santista; e o Quadro 15 apresenta o Plano de Metas e Ações na Atenção Especializada do DRS XII-Registro.

Cabe ressaltar que se manteve o conteúdo original do Plano de Metas e Ações na Atenção Especializada de ambos os DRS, conforme elaborado nas oficinas, em consideração à construção coletiva.

**Quadro 14.** Plano de Metas e Ações na Atenção Especializada. DRS IV – Baixada Santista, 2021-2023.

Atenção Especializada - Diagnóstico Oportuno				
Problemas	Causas	Nó crítico	Metas	Ações
<b>1 - Diagnóstico tardio.</b>	Falta de acesso na Atenção Básica.	Falta de prioridade no agendamento de exames de alta suspeição em oncologia, e no retorno ao especialista, devido ao não preenchimento de CID com hipótese diagnóstica.	Ativar o Grupo Técnico de Regulação para discutir e criar um método de trabalho que identifique e priorize os exames de alta suspeição de câncer em 100% serviços municipais e estaduais.	Capacitar e qualificar os profissionais a identificar e priorizar o agendamento dos exames de alta suspeição oncológica.
	Quebra de vínculo do paciente pela rotatividade de profissionais.			Divulgar o Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia para priorização dos casos suspeitos de câncer para agendamento de exames e especialidades em todas as unidades de saúde.
	Suspensão de consultas e absenteísmo devido à pandemia.			Realizar reuniões com as Centrais de Regulação e prestadores para eleger um protocolo para favorecer o diagnóstico em tempo oportuno.
	Grande aumento da população aos serviços do SUS devido à crise econômica decorrente da pandemia.			Estimular os serviços oncológicos a promover matriciamento e capacitação para a APS e Secundária
	Falta de biópsias em tempo oportuno, principalmente as realizadas em ambiente hospitalar.			
	Falta de prioridade no agendamento de exames de alta suspeição em oncologia, e no retorno ao especialista, devido ao não preenchimento de CID com hipótese diagnóstica.			

	Falta de profissionais especialistas, como neurologistas e hematologistas.			
<b>2- Desobediência aos protocolos definidos e pactuados</b>	Profissionais desconhecem e não respeitam os fluxos estabelecidos, exemplo Protocolo Rede Hebe.	Profissionais pouco sensibilizados e desconhecem os protocolos e fluxos pactuados.	Monitorar trimestralmente a utilização 100% dos protocolos pactuados, pelos profissionais da APS e Secundária.	Priorizar os protocolos a serem abordados na sensibilização dos profissionais da APS e secundária considerando os indicadores de morbi-mortalidade regional.
	Desconhecimento dos protocolos existentes por profissionais da Atenção Secundária.			Mobilizar a área de educação permanente para contribuir na definição de atividades de capacitação mais adequadas. Divulgar amplamente a iniciativa e os seus resultados nas mídias/ boletins

**Quadro 15.** Plano de Metas e Ações na Atenção Especializada. DRS XII – Registro, 2021-2023.

<b>Problemas na Atenção Secundária</b>	<b>Causas</b>	<b>Maiores Nós Críticos</b>	<b>Metas</b>
<b>1. Exames diagnósticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferta externa insuficiente de exames diagnóstico: colonoscopia, endoscopia e tomografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colonoscopia e endoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliação da oferta dos exames diagnósticos por meio do Projeto Corujão, ainda assim, oferta insuficiente;</li> <li>Necessária ampliação desses serviços nos prestadores.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de referência nasofibrolaringoscopia flexível/broncoscopia - tórax</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de referência interna e externa na região</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitado a implantação dos exames no HRR com conhecimento das coordenadorias CRS e CGCSS.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de priorização dos exames de pacientes com suspeição de câncer, conforme Lei Federal nº 13.896, de outubro de 2019.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente com suspeição de câncer aguardando muito tempo para realizar os exames diagnósticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construir com os municípios/grupo condutor e prestadores um fluxo de priorização dos pacientes com suspeição de câncer;</li> <li>Reorganização da rede e revisor municipal dos encaminhamentos das fichas.</li> </ul>
<b>2. Especialidades Consultas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferta insuficiente de consultas nas especialidades médicas mais prevalentes de câncer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferta insuficiente de consultas nas especialidades médicas mais prevalentes (<b>uro, gastrointestinal, ginecologia</b> e boca).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reorganização da Rede Regional com ampliação das ofertas nas especialidades com neoplasias malignas mais prevalentes na região.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de consultas médicas nas especialidades de hematologia e tórax.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financiamento insuficiente da rede de oncologia frente aos parâmetros da Portaria 1.399/2019.</li> </ul>		
<b>3. Perda primária nas consultas da especialidade (realizada na atenção secundária)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Longas distâncias entre municípios e prestador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Momento de pandemia e medo de COVID19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar campanhas educativas nos municípios relacionadas ao câncer e estimular os pacientes quanto a importância de não faltar as consultas.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Momento de pandemia e medo de COVID19</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transporte insuficiente.</li> </ul>		

<p><b>4. Consultas de retorno (realizada na atenção secundária)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oferta insuficiente das consultas de retorno.</li> <li>○ Sem priorização dos casos suspeitos após o exame diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falta de priorização dos prestadores após o exame diagnóstico por não acompanhar os resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criar rotina nos prestadores para avaliar os exames diagnósticos dos casos suspeitos e priorizar a consulta de retorno com contrarreferência para o município.</li> </ul>
<p><b>5. Biópsias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de ofertas de biópsias externa de cabeça e pescoço e biópsias tireóide/paratireoide.</li> <li>○ Financiamento insuficiente da rede de oncologia frente aos parâmetros da Portaria 1.399/2019</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de ofertas de biópsias externa de cabeça e pescoço e biópsias tireóide/paratireoide</li> <li>○ Recurso insuficiente para atender a demanda externa que chega ao HRLB;</li> <li>○ AME Pariquera-Açu não realiza biópsia cabeça e pescoço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solicitado a CRS e CGCSS referência externa ou ampliação dos exames no prestador HRLB e ou implantação do serviço no AME para atender a demanda externa, principalmente demandada pelo AME.</li> <li>○ Solicitado às coordenadorias ampliação de custeio para atender a demanda de biópsias externas para a região.</li> </ul>

### 3.3. Atenção Hospitalar

#### 3.3.1- Estimativas e necessidades de tratamento no âmbito hospitalar

A utilização de base de dados válida e atualizada permite um planejamento estruturado que possibilita a determinação de ações efetivas e coerentes com as necessidades da população. Utilizamos como norteadores para o estudo da assistência hospitalar necessária em oncologia, a Portaria MS nº 1.399/2019 e a de estimativa de casos novos de câncer do INCA/2020, frente ao aporte financeiro e à produção dos serviços, bem como a projeção dos ajustes necessários.

A Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, estabeleceu os parâmetros mínimos de produção para os Hospitais, conforme tipo de habilitação na alta complexidade em oncologia:

- I. Em cirurgia, 650 procedimentos de cirurgias de câncer principais, correspondendo ao atendimento de 600 casos de câncer;
- II. Em oncologia clínica, 5.300 procedimentos de quimioterapia principais para o atendimento de 700 casos de câncer;
- III. Em radioterapia, 600 procedimentos de radioterapia principais para o atendimento de 600 casos por equipamento de megavoltagem.

Utilizando-se os parâmetros do INCA, a estimativa para 2020 de casos novos de neoplasias malignas na RRAS 7 é de 5.367 casos novos, e a necessidade de tratamentos é de cirurgias 3.478 cirurgias, 3.220 procedimentos de radioterapia e 28.552 procedimentos. A Tabela 12 mostra essas estimativas por topografia e tipo de tratamento.

Se os serviços oncológicos atendessem a Portaria nº 1.399/2019, a produção física de cirurgia na RRAS 7 seria de 3.250 procedimentos, ainda aquém da necessidade. Em relação à radioterapia, a produção física seria 1.800 procedimentos, também aquém da necessidade. Na quimioterapia a produção física em cada serviço seria de 5.710 procedimentos.

A estrutura hospitalar necesssária para atender à demanda estimada, seria de 6 serviços oncológicos para a RRAS 7, caso os serviços atendessem aos parâmetros da Portaria nº 1.399/2019, no entanto todos os serviços produzem de acordo com o teto financeiro, teto esse que está defazado e necessita de recomposição paa atender a Portaria mencionada.

Dos 05 serviços existentes na RRAS 7, 04 estão localizados na Baixada Santista e um no Vale do Ribeira. O serviço oncológico do HRLB está circunscrito ao atendimento da população do Vale do Ribeira e os pacientes são referenciados aos serviços localizados na Baixada Santista nas especialidades não contempladas no HRLB, inclusive em radioterapia, cujo acelerador linear adquirido no Plano de Expansão do MS, continua aguardando a instalação. Essa situação vem se prolongando há alguns anos e necessita de solução rápida, com vistas à viabilidade do equipamento e à necessidade regional.

**Quadro 16.** Estimativa de necessidades segundo tipo de tratamento por topografia. RRAS 7, 2020.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Casos Novos/Ano	Cirurgia (60% c.n.) * 1,08 proced. por paciente	RT ( 60% c.n.)	QT (70% c.n.) * 7,6 proced. por paciente
Próstata	612	396	367	3.256
Bexiga	174	113	104	926
Mama Feminina	751	487	451	3.995
Colo do Útero	102	66	61	543
Corpo do Útero	75	49	45	399
Ovário	75	49	45	399
Traqueia, Brônquio e Pulmão	347	225	208	1.846
Cólon e Reto	622	403	373	3.309
Estômago	221	143	133	1.176
Esôfago	172	111	103	915
Cavidade Oral	184	119	110	979
Laringe	97	63	58	516
Glândula Tireoide	211	137	127	1.122
Linfoma de Hodgkin	62	37	37	330
Linfoma não Hodgkin	202	131	121	1.075
Leucemias	104	62	62	553
Pele Melanoma	163	98	98	867
Sistema Nervoso Central	92	60	55	489
Outras Localizações	1002	649	601	5.331
<b>Total</b>	<b>5367 Casos Novos</b>	<b>3478 procedimentos</b>	<b>3.220 procedimentos</b>	<b>28552 procedimentos</b>

**Fonte:** Estimativa 2020, incidência de câncer no Brasil/INCA, parâmetros da Tabela 31. População SEADE 2020.

### 3.3.2 Execução físico-financeira e teto financeiro da rede de oncologia. RRAS 7.

O Quadro 13 mostra os quantitativos pactuados na PPI/2008, a execução físico-financeira dos procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia em 2020 na RRAS 7, frente à estimativa de procedimentos necessários e o teto financeiro existente. Os serviços oncológicos não produziram o quantitativo de procedimentos mínimos exigidos pela Portaria nº 1.399/2019, com a justificativa que o teto financeiro da oncologia é insuficiente para o atendimento do parâmetro mínimo da Portaria, como é demonstrada na execução financeira do ano de 2020 que extrapola o teto recebido, impactando no tempo de espera da fila única de oncologia.

A recomposição do teto financeiro na oncologia é urgente e necessária, considerando que, para atender aos parâmetros de necessidade na assistência oncológica da RRAS 7, faz-se necessária a recomposição financeira no valor de **R\$ 19.038.381,73 (dezenove milhões, trinta e oito mil, trezentos e oitenta e um reais e setenta e três centavos)**.

**Quadro 17.** Execução físico/financeira e teto financeiro, por serviço oncológico. RRAS 7, 2020.

Serviços Oncológicos	Quantitativo Pactuado na PPI-2008			2020				Parâmetro mínimo de produção física (²)	Recurso financeiro necessário (¹)	Recomposição de teto necessária (⁷)
	Quantidade pacientes/ano	Quantidade proced/ano	Teto financeiro	Produção física (⁵)	Produção financeira (⁴)	Teto financeiro (⁶)	Valor médio/proced (³)			
Subgrupos										
Cirurgia	564	0	822.034,71	392	1.212.384,96	1.563.369,77	3.092,82	650	2.010.332,20	446.962,43
Quimioterapia	82	515	730.204,63	6.712	3.942.416,32	824.928,31	587,37	5.300	3.113.052,22	2.288.123,91
Radioterapia				669	3.372.661,00	1.754.390,17	5.041,35	600	3.024.808,07	1.270.417,90
<b>Hospital Guilherme Álvaro</b>	<b>646</b>	<b>515</b>	<b>1.552.239,34</b>		<b>8.527.462,28</b>	<b>4.142.688,25</b>			<b>8.148.192,50</b>	<b>4.005.504,25</b>
Cirurgia	652	0	1.041.855,54	248	1.236.150,40	1.286.148,14	4.984,48	650	3.239.910,32	1.953.762,18
Quimioterapia	1.288	8.114	4.557.300,85	5.067	3.577.888,70	4.591.000,60	706,12	5.300	3.742.413,68	-848.586,92
Radioterapia	517	36.193	1.164.079,66	26	107.900,00	1.164.079,66	4.150,00	600	2.490.000,00	1.325.920,34
<b>Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos</b>	<b>2.457</b>	<b>44.306</b>	<b>6.763.236,06</b>		<b>4.921.939,10</b>	<b>7.041.228,40</b>			<b>9.472.324,00</b>	<b>2.431.095,60</b>
Cirurgia	137	0	257.202,06	235	853.356,97	321.949,47	3.631,31	650	2.360.349,07	2.038.399,60
Quimioterapia	728	4.586	2.287.288,92	4.415	2.673.108,92	2.320.988,67	605,46	5.300	3.208.941,63	887.952,96
Radioterapia	491	34.370	959.381,20	418	1.988.261,00	959.381,20	4.756,61	600	2.853.963,16	1.894.581,96
<b>Sociedade Portuguesa De Beneficência-Santos</b>	<b>1.356</b>	<b>38.956</b>	<b>3.503.872,18</b>		<b>5.514.726,89</b>	<b>3.602.319,34</b>			<b>8.423.253,85</b>	<b>4.820.934,51</b>
Cirurgia	289	0	550.659,77	172	762.547,00	674.185,86	4.433,41	650	2.881.718,31	2.207.532,45
Quimioterapia	76	477	572.907,57	5.284	2.529.060,35	579.291,57	478,63	5.300	2.536.718,37	1.957.426,80
<b>Assoc. Santamarense de Beneficência do Guarujá</b>	<b>365</b>	<b>477</b>	<b>1.123.567,34</b>		<b>3.291.607,35</b>	<b>1.253.477,43</b>			<b>5.418.436,68</b>	<b>4.164.959,25</b>
Cirurgia	87	0	168.126,80	306	657.550,22	349.956,86	2.148,86	650	1.396.757,00	1.046.800,14
Quimioterapia	50	312	190.867,32	6.050	3.170.909,17	208.733,28	524,12	5.300	2.777.821,26	2.569.087,98
<b>Hospital Regional Leopoldo Bevilacqua</b>	<b>137</b>	<b>312</b>	<b>358.994,12</b>		<b>3.828.459,39</b>	<b>558.690,14</b>			<b>4.174.578,26</b>	<b>3.615.888,12</b>
<b>Total de recurso financeiro necessário para atender aos quantitativos da Portaria nº 1.399/2019 e a recomposição no teto atual</b>									<b>35.636.785,29</b>	<b>19.038.381,73</b>

Fonte: DATASUS TABWIN acessado 23/03/2021. **Nota**<sup>1</sup> Santa Casa de Santos reiniciou funcionamento da RT em nov/2021.

Valor médio do procedimento(³) : Financeiro (⁴) / Físico | Recurso financeiro necessário (¹) : Valor médio dos procedimentos realizados(³) X Parâmetro mínimo de produção física (²)

Recomposição do Teto (⁷): Recurso financeiro necessário (¹) - Teto Financeiro (⁶)



### 3.3.3 Cuidados Paliativos

As Ações de Cuidados Paliativos estão inseridas em todos os níveis de atenção, conforme a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017), e envolvem não só o apoio multidimensional (físico, espiritual, psicológico, social e afetivo) aos indivíduos e famílias que vivenciam o câncer em estágio avançado.

A Atenção Básica também tem um papel relevante no acompanhamento dos indivíduos em estágio terminal da doença, incluindo as ações desenvolvidas também pelo Componente Atenção Domiciliar (equipes de EMAD e EMAP). O artigo 9º da Portaria MS/GM nº 825/2016 que redefine a Atenção Domiciliar inclui a necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com a finalidade de controlar a dor e o sofrimento do usuário.

Entretanto, a região ainda é incipiente nesse cuidado aos pacientes com doença grave em geral, tanto na atenção básica quanto na atenção terciária, principalmente na oncologia.

A Portaria 1.399/2019 que redefiniu os critérios e parâmetros para habilitação de serviços oncológicos, no artigo 23 inciso 7 coloca o atendimento paliativo como uma das competências do serviço habilitado, em articulação com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

Apesar das recomendações estabelecidas em Portarias, o aporte financeiro necessário não foi previsto até o momento. A falta de um código de procedimento específico para cuidados paliativos hospitalares em oncologia, bem como a inexistência de habilitação em cuidados paliativos, não estimula os prestadores a implantar e sistematizar esse tipo de assistência hospitalar ou ambulatorial no CACON ou UNACON.

Há um caminho longo a se percorrer para qualificar a assistência em cuidados paliativos na oncologia, que passa por aporte financeiro e capacitação de profissionais nesse segmento, imprescindível para melhorar a qualidade de vida e sobrevida do paciente oncológico, bem como proporcionar apoio aos seus familiares.

### 3.3.4 Assistência farmacêutica

Os medicamentos quimioterápicos devem ser disponibilizados pelos serviços conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) em oncologia, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, ou um próprio, criado pela unidade oncológica.

Nos últimos dez anos o Ministério da Saúde fez incorporações significativas de medicamentos oncológicos. No cenário atual existem novas tecnologias que ainda não estão disponibilizadas no SUS. Como consequência deste fato, temos a judicialização, bem como

solicitações administrativas para atender essas demandas.

É importante ressaltar que a padronização e aquisição dos quimioterápicos prescritos são de responsabilidade dos serviços; porém algumas tecnologias não são disponibilizadas pelos serviços, devido ao alto valor agregado, mas são prescritas pelos oncologistas, que seguem a evolução dos PCDT. É uma situação complexa em que se conflitam a autonomia da prescrição médica que busca o melhor tratamento para o paciente, a disponibilidade do gestor do serviço e o financiamento na oncologia.

### 3.3.5 Plano de Metas e Ações da RRAS 07, voltadas à Atenção Hospitalar.

O Quadro 18 apresenta o Plano de Metas e Ações na Atenção Hospitalar, voltados ao tratamento do câncer no DRS IV-Baixada Santista; e o Quadro 19 apresenta o Plano de Metas e Ações na Atenção Especializada do DRS XII-Registro.

Cabe ressaltar que se manteve o conteúdo original do Plano de Metas e Ações na Atenção Hospitalar de ambos os DRS, conforme elaborado nas oficinas, em consideração à construção coletiva.

**Quadro 18.** Plano de Metas e Ações na Atenção Hospitalar. DRS IV – Baixada Santista, 2021-2023.

Atenção Hospitalar - Tratamento e Cuidados Paliativos				
1 - Tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterapia				
Problemas	Causas	Nó crítico	Metas	Ações
<b>1.1 Prestadores com produção menor do que o parâmetro estimado pela Portaria 1.399/2019.</b>	Financiamento insuficiente da rede de oncologia frente aos parâmetros da Portaria 1.399/2019.	Financiamento insuficiente da rede de oncologia frente aos parâmetros da Portaria 1.399/2019.	Repactuar a oferta de especialidades aumentando em 30% as especialidades cirúrgicas e clínicas com demanda reprimida.	Elaborar um estudo da necessidade financeira e de infraestrutura assistencial para atendimento da demanda regional.
				Pautar na CIR a necessidade de aporte financeiro para atender a demanda regional, com vista ao encaminhamento à CIB para busca de recurso financeiro.
				Repactuar com os prestadores a oferta de especialidades, adequando-a as necessidades da Região tendo como base o perfil epidemiológico e o recurso disponível.
<b>1.2. Insuficiência na oferta de radioterapia.</b>	Equipamentos de radioterapia não instalados por não construção da casamata.	Equipamentos de radioterapia não instalados por não construção da casamata.	Iniciar o funcionamento da radioterapia da Santa Casa de Santos até dezembro/2021.	Fazer visitas técnicas bimensais de monitoramento do andamento da reforma e instalação/testes do equipamento de radioterapia na Santa Casa de Santos

<p><b>1.3. Não fornecimento de alguns quimioterápicos pelos serviços oncológicos, ocasionando o acesso aos medicamentos por outras vias como processo administrativo e judicialização</b></p>	<p>O valor financiado pela APAC de QT não cobre o valor do medicamento.</p>	<p>O valor financiado pela APAC de QT não cobre o valor do medicamento.</p>	<p>Alinhar os protocolos de tratamentos quimioterápicos em 100% das unidades oncológicas da RMBS</p>	<p>Reunir oncologistas e farmacêuticos para propor uma padronização de quimioterápicos de forma a ajustar o tratamento ao que será disponibilizado pela Instituição.</p>
	<p>UNACON orienta o paciente a buscar no DRS IV o fornecimento de medicamentos não padronizados no seu serviço.</p>			<p>Pleitear junto à CAF a inclusão da DRS IV na aquisição de quimioterápicos não incorporados pelo MS.</p>
<p><b>1.4. Perda primária nos agendamentos de primeira consulta.</b></p>	<p>Referência única em cada especialidade para cada município impossibilita o aproveitamento de 100% das ofertas postas no Portal CROSS.</p>	<p>Referência única em cada especialidade para cada município.</p>	<p>Estabelecer referências secundárias em 100% das especialidades disponíveis em todos os serviços oncológicos da Região.</p>	<p>Realizar reuniões com os gestores e prestadores para analisar a planilha mensal de perdas primárias na Região em detrimento da fila de espera existente.</p>
				<p>Pactuar nova grade de referências oncológicas e aprovar em CIR.</p>

<p><b>1.5. Inexistência de fluxo de atendimento oncológico de urgência aos pacientes já em tratamento.</b></p>	<p>Os serviços oncológicos não disponibilizam o atendimento de urgência/emergência aos seus pacientes, contrariando a Portaria nº 1.399/2019.</p>	<p>Serviços oncológicos que não disponibilizam o atendimento de urgência/emergência aos seus pacientes. Contrariando a Portaria nº 1.399/2019.</p>	<p>Garantir a porta de entrada para o atendimento de urgência/emergência ao paciente matriculado, em 100% dos serviços oncológicos da região.</p>	<p>Reunir os gestores e prestadores para estabelecer o fluxo de atendimento de urgência/emergência em cada serviço.</p>
<p><b>2 - Cuidados Paliativos</b></p>				
<p><b>Problemas</b></p>	<p><b>Causas</b></p>	<p><b>Nó crítico</b></p>	<p><b>Metas</b></p>	<p><b>Ações</b></p>
<p><b>2.1. Deficiência de atendimento em cuidados paliativos em oncologia.</b></p>	<p>Falta de incentivo técnico e financeiro para organização dos serviços. Falta de conhecimento da demanda. Falta de código para o procedimento.</p>	<p>Falta de incentivo técnico e financeiro para organização de serviços de cuidados paliativos.</p>	<p>Implantar o Cuidado Paliativo em 100% dos serviços oncológicos da Região até 2023.</p>	<p>Programar eventos regionais sobre a relevância do tema, visando sensibilizar os profissionais dos serviços oncológicos e APS com foco especial na Atenção Domiciliar. Fomentar a realização de curso de formação em cuidados paliativos na Região. Pautar na CIR e na CIB a necessidade de investimento para o cuidado paliativo ao paciente oncológico.</p>

**Quadro 19.** Plano de Metas e Ações na Atenção Hospitalar. DRS XII Registro, 2021-2023.

Problemas Atenção Hospitalar	Causas	Maiores Nós críticos	Meta
<b>1. Referências cabeça e pescoço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de referência para tratamento de cabeça e pescoço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Financiamento insuficiente para oncologia frente aos parâmetros da Portaria 1.399/2019</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ampliação do serviço para atender a necessidade da região mediante custeio novo solicitado às coordenadorias CRS e CGCSS.</li> </ul>
	<p>Recurso insuficiente para atender toda a demanda de oncologia e cabeça e pescoço.</p>		<p><b>Ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aguardar referência para cabeça e pescoço em outro serviço estabelecido pelas coordenadorias.</li> </ul>
	<p>Ausência de referência de câmara hiperbárica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pacientes sem acesso a UNACON</li> </ul>	
<b>2. Quimioterapias</b>	<p>Produção maior que o parâmetro mínimo da portaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teto fixo Prestador HRLB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solicitado às Coordenadorias aumento de Teto Ambulatorial de Alta Complexidade para o Prestador HRLB</li> </ul>
	<p>Teto fixo ambulatorial e hospitalar - Prestador HRLB.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Produção de APAC maior que o repasse.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacidade instalada insuficiente para atender a demanda que é crescente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sem recurso para ampliar as cirurgias e quimioterapias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Encaminhado às Coordenadorias a necessidade de reforma e ampliação do serviço de oncologia - cirurgias oncológicas, aumento da equipe da oncologia e aumento de cadeiras para quimio. Prestador HRLB apresentou proposta de ampliação de 12 cadeiras e dois leitos.</li> </ul>

<b>3. Radioterapia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demora para construção da Casamata - financiamento pelo MS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alto custo para os municípios para referenciar para outra região.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liberação da licença ambiental.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demora para liberação da licença ambiental do local onde será a Casamata.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Projeto realizado pela AVARIAN, encaminhado para o Ministério da Saúde para iniciar licitação.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alto custo do transporte para os municípios.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhado o processo para o Ministério, aguardando avaliação da Vigilância Sanitária.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distâncias, no momento, realizado em Santos.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Custeio ainda incerto para a manutenção do serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demora na liberação da licença ambiental do local onde será a Casamata.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldades aos pacientes ir a outras regiões e realizar o tratamento - danoso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Situação danosa ao paciente em tratamento.</li> </ul>	
<b>4. RHCCC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regional de Saúde sem acesso ao sistema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impossibilidade de monitorar peculiaridades da região.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abrir porta de acesso para o DRS XII.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>RHCCC desatualizado.</li> </ul>		

<b>5. Cuidados paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de incentivos financeiros para implantação do ambulatório e suas peculiaridades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recurso insuficiente para implantação do serviço na íntegra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avaliado o recurso necessário para a contratação médica e equipe de especialistas na área.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Demanda desconhecida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Espaço físico insuficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proposta de implantação de cinco leitos oncologia HRLB, mediante recurso para reforma e custeio da equipe médica.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desconhecimento dos códigos dos procedimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de leitos apropriados para os cuidados.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falta de leitos de enfermarias para os cuidados paliativos.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Não utilização do leito para a devida finalidade</li> </ul>		
<b>6. Atendimento de urgência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausência de atendimento oncológico de urgência dos pacientes pela equipe de oncologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ A UNACON/HRLB não cumprem a Portaria nº 1.399/2019 nesse requisito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solicitado que se cumpra a portaria, mediante avaliação <i>in loco</i></li> </ul>



## 4. REGULAÇÃO

A regulação de acesso à primeira consulta oncológica na região abrangida pelo DRS IV é operacionalizada pela CROSS-SP no módulo Ambulatorial, que faz o agendamento da consulta inserida no sistema pelos solicitantes (regulação municipal, ambulatório de especialidades, AME e hospitais habilitados para atendimento ao SUS), e a inserção deve atender às normas estabelecidas no Protocolo de Encaminhamento da Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer (RHCCC).

Em dezembro de 2020, o DRS IV implantou a regulação da oncologia em fila única na região, conferindo transparência e equidade no âmbito de sua abrangência representando um grande avanço na atenção oncológica. Com a implantação da fila única, os executantes sob gestão municipal e estadual inserem a agenda de primeira consulta na CROSS das especialidades oncológicas para ser regulada pela CROSS Ambulatorial/SP.

Outro avanço será a possibilidade utilizar vagas de outras referências nas especialidades, isto é, quando a vaga na referência pactuada já estiver esgotada, será possível utilizar vagas remanescentes de outras referências, por meio do "Bolsão", com o objetivo de diminuir a perda primária e otimizar a agenda ofertada.

Foi possível desde então, monitorar o quantitativo de solicitações e de oferta, e identificar os déficits assistenciais por especialidade, para futuras pactuações. A priori foi possível notar que a região necessita de ampliação no acesso à iodoterapia, visto que a única referência é a Santa Casa de São Paulo, e o tempo de espera para agendamento ultrapassa seis meses.

Quanto ao DRS XII-Registro, somente as especialidades que não são atendidas no UNACON-HRLB são inseridas na CROSS Ambulatorial para ser reguladas para as referências pactuadas.

### 4.1 Tempo entre o diagnóstico e o tratamento

A Tabela 11 mostra o tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento, e verifica-se que no DRS IV o percentual de casos com acesso ao tratamento em 30 dias foi de 23,39% em 2019 e de 30,40% em 2020. No DRS XII o percentual foi de 42,29% em 2019 e de 48,83% em 2020. Entre 31 a 60 dias no DRS IV foi de 3,83% em 2019 e de 5,08% em 2020. No DRS XII foi de 8,35% e de 10,64% em 2019 e 2020 respectivamente.

É preocupante o número de casos com tempo de espera superior a 60 dias, considerando que o rápido acesso ao tratamento está relacionado ao melhor prognóstico. Outro ponto é a Lei nº 12.732/2012 que garante ao paciente com câncer o direito de iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) em, no máximo, 60 dias após o diagnóstico da doença. Nessa situação, em 2019 o percentual no DRS IV foi de 27,11% e em 2020, 24,52%. No DRS XII foi de 24,3% em

2019, e de 20,55% em 2020. O Estado de São Paulo (ESP) apresentou 19,20% em 2019, reduzindo para 16,33% em 2020.

Chama a atenção o percentual de casos sem informação do tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento na RRAS 7, que representa cerca de 42,40% em 2019 e 36,14% em 2020.

No DRS XII o tempo de espera para início de tratamento é inferior ao DRS IV provavelmente porque UNACON do HRLB atende somente ao DRS XII e também tem acesso a vagas no DRS IV e outras regiões. Já o DRS IV mesmo contando com 04 serviços oncológicos atende uma população que ultrapassa 1.800.000 habitantes, muito superior ao do Vale do Ribeira.

Atualmente a fila de espera na CROSS oscila entre 350 a 400 pacientes e cerca de 50% terá acesso à primeira consulta após 60 dias do diagnóstico.

**Tabela 11.** Tempo entre o diagnóstico e o tratamento de neoplasias malignas. RRAS 7, 2019 e 2020.

ANO	DRS	TEMPO DE TRATAMENTO									
		Até 30 dias	%	31 a 60 dias	%	Mais de 60 dias	%	Sem informação de tratamento	%	Total	%
2019	DRS IV	880	23,39	144	3,83	1.020	27,11	1.718	45,67	3.762	100
	DRS XII	299	42,29	59	8,35	172	24,33	177	25,04	707	100
	RRAS 7	1.179	26,38	203	4,54	1.192	26,67	1.895	42,40	4.469	100
	ESP	30.588	23,69	7.699	5,96	24.787	19,20	66.046	51,15	129.120	100
2020	DRS IV	874	30,40	146	5,08	705	24,52	1.150	40	2.875	100
	DRS XII	335	48,83	73	10,64	141	20,55	137	19,97	686	100
	RRAS 7	1.209	33,95	219	6,15	846	23,76	1.287	36,14	3.561	100
	ESP	27.989	24,01	8.473	7,27	19.033	16,33	61.088	52,40	116.583	100

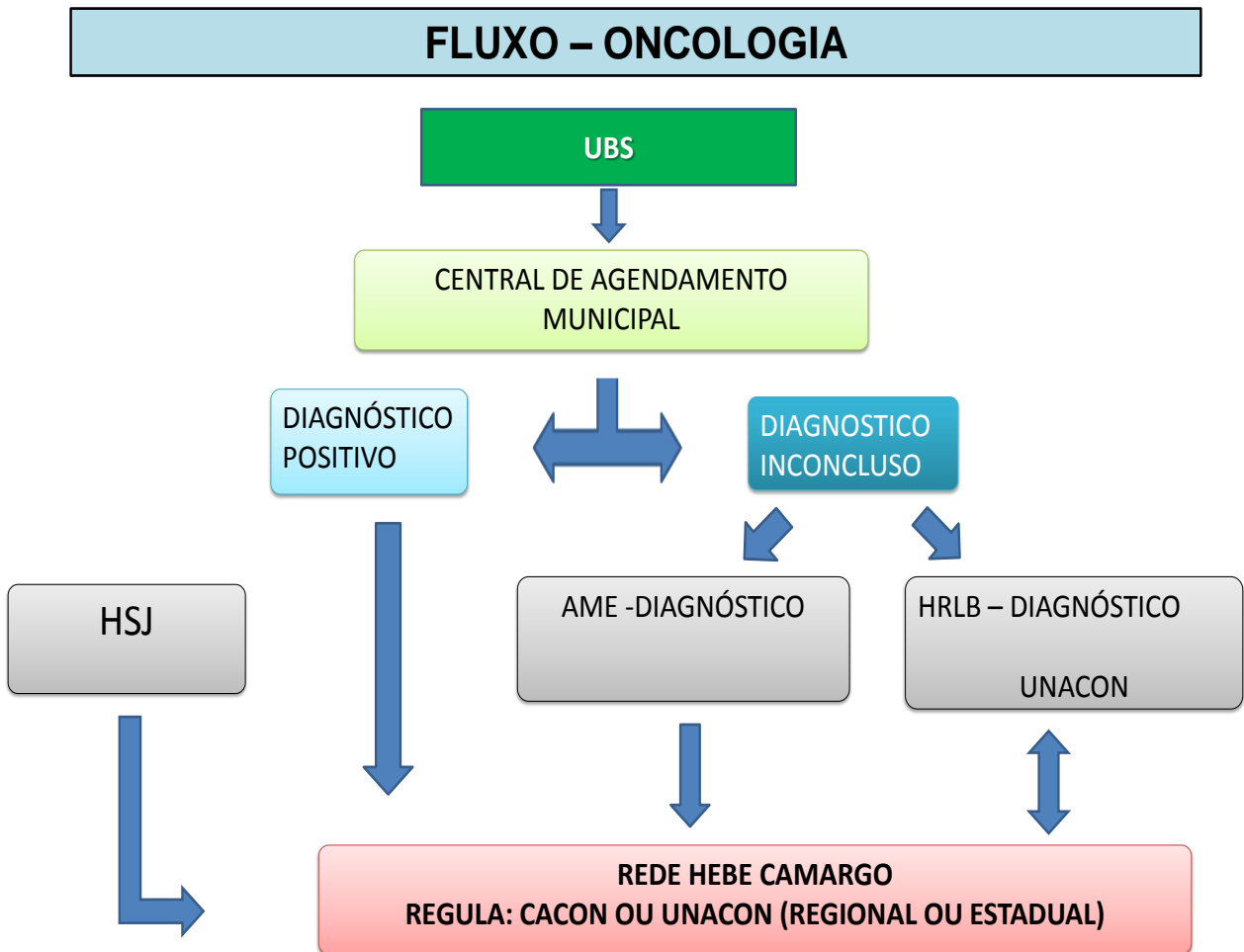
**Fonte:** DATASUS TABNET acessado 15/12/2021 - Painel de Oncologia, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação de Câncer (SISCAN). Data de atualização dos dados: 15/11/2021.

A regulação do paciente em estadiamento avançado diagnosticado na urgência, e não matriculado em serviço oncológico. O acesso ao tratamento oncológico destes pacientes necessitará de ampla discussão com os todos os prestadores, com a gestão dos municípios e estadual, uma vez que o Protocolo de Encaminhamento da RHCCC é restrito a casos ambulatoriais, e segue o fluxo apresentado na Figura 5, e prevê a confirmação diagnóstica para inserir o paciente na Rede.

**Figura 5.** Fluxograma de acesso à primeira consulta na oncologia. DRS IV – Baixada Santista.



**Figura 6.** Fluxograma de acesso à primeira consulta na oncologia. DRS XII – Registro.



## 5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para as ações descritas no Plano de Metas e Ações, indicadores para o monitoramento serão construídos no decorrer das reuniões do Grupo Condutor Regional, trimestralmente, de acordo com os indicadores a serem pactuados.

A princípio, no DRS IV – Baixada Santista, os indicadores a serem monitorados serão as pactuações apresentadas para rastreamento de câncer de mama e câncer de colo do útero e cobertura vacinal da HPV, apresentados no quadro a seguir.

**Quadro 20.** Indicadores pactuados para monitoramento e avaliação. DRS IV, 2021-2023.

Indicadores	Linha Base	Meta		
	2019	2021	2022	2023
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,33*	0,35	0,39	0,47
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	0,35*	0,39	0,41	0,49
Cobertura Vacinal – HPV 2º dose (ambos os sexos 9 a 13 anos) **	14,78**	19,70	24,63	29,56

**Fonte:** \*Tabnet SES Indicadores – dados extraídos em 28/01/2022 \*\* SIPNI – DATASUS – dados extraídos em 28/01/2022

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A região apresenta altos índices de morbi-mortalidade por neoplasias malignas, que tem como condicionantes a exposição profissional, hábitos alimentares, poluição ambiental, sedentarismo, envelhecimento da população e outros fatores relacionados às DCNT que requer medidas de promoção e prevenção por meio de ações intersetoriais.

O presente Plano Regional, com vigência para 2021/2023, tem a finalidade de organizar o acesso equânime na Rede de Oncologia na RASS 7, nos diferentes pontos de atenção à saúde, com ênfase na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos, de forma a proporcionar a integralidade do cuidado.

O alcance das metas estabelecidas no presente plano necessitará de um esforço conjunto dos gestores, prestadores e dos profissionais da RRAS 7, voltadas para as boas práticas de prevenção do câncer criando meios adequados para enfrentar os desafios, organizando e ampliando o acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, de forma a repercutir na redução da morbidade e mortalidade por câncer.